



HAL
open science

Les parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE). L'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres

Victoire Cottereau

► **To cite this version:**

Victoire Cottereau. Les parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE). L'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Géographie. 2010. dumas-00708099

HAL Id: dumas-00708099

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708099v1>

Submitted on 14 Jun 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Poitiers
UFR Sciences Humaines et Arts
Département de Géographie

Master 2 Recherche « Migrations Internationales, Espaces et Sociétés »
Année universitaire 2009-2010

**Les parcours et projets migratoires des praticiens à
diplôme hors Union Européenne (PADHUE)**

L'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres

Présenté par Victoire Cottreau

Sous la direction d'Anne-Cécile Hoyez,
Chargée de recherches CNRS-MIGRINTER

Soutenance le 30 Juin 2010

Remerciements :

Anne-Cécile Hoyez, Francine Deshoulières, Maurice Birée, Véronique Marquet, Frédéric Crelot, Ferdinand Lahoud, les membres du laboratoire Migrinter, ainsi que l'ensemble des médecins que nous avons rencontré.

Sommaire

Partie 1/ Problématique, concepts, contexte et méthodologie pour aborder les parcours et projets migratoires des PADHUE.....7

A/ Problématisation et objet de l'étude : les parcours et projets migratoires des PADHUE.....7

B/ Le contexte législatif et le système de santé dans lesquels évoluent les PADHUE.....17

C/ Méthodologie.....31

Partie 2/ Une étude de cas : les médecins diplômés hors UE dans un hôpital « rural »: le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres (CHNDS).....37

A/ Le choix d'une ethnographie à une échelle locale.....37

B/ Un hôpital qui subit les problèmes de l'évolution de la démographie médicale française..43

C/ Les PADHUE : l'indispensable renfort du centre hospitalier.....50

Partie 3/ Des projets migratoires à la construction des parcours des médecins diplômés hors UE.....59

A/ Les projets personnels : entre imaginaire et réalité.....62

B/ Entre similarité et particularité : La construction des parcours professionnels des médecins diplômés hors Union Européenne.....77

Introduction générale

Depuis les années 1980, les travaux sur l'évolution de la démographie médicale française soulignent les disparités territoriales dans la répartition des personnels médicaux au niveau national. Aujourd'hui, la France fait partie des nombreux pays de l'Organisation de Coopération et de Développement (OCDE) confrontés aux paradoxes d'un pays au nombre satisfaisant de médecins, selon les critères de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), mais devant faire face à des phénomènes régionaux ou locaux de « pénurie » médicale, en particulier en milieu rural. Ces déséquilibres, provenant en partie du non remplacement des médecins dans les hôpitaux « périphériques » et des stratégies d'évitement de certaines zones rurales par les jeunes médecins, ont ainsi créé une possibilité pour les praticiens étrangers de venir travailler en France, pour pallier à des déficits problématiques à la fois pour les structures de soins ou hospitalières et pour les collectivités territoriales.

Pour autant, selon les pays dans lesquels ils ont obtenu leur diplôme de médecine, ces médecins ne sont pas dans une situation d'égalité vis-à-vis de leurs confrères diplômés en France en raison de la réglementation de l'exercice de la profession médicale. Cette réglementation remonte aux années 1930, époque symbolisée par une forte montée de la xénophobie et de l'antisémitisme. Alors que les médecins à diplôme étranger étaient accusés d'engendrer une « pléthore médicale »¹, ne laissant que peu d'espaces aux médecins nationaux, fût votée la loi Armbruster qui régit les conditions d'exercice de la médecine. Cette loi promulguée le 21 avril 1933 supprima les équivalences et stipula que pour exercer la médecine en France, il fallait être titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine et de la nationalité française ou bien être ressortissant d'un protectorat français.

Jusqu'en 1975, les conditions d'exercice de la médecine restèrent inchangées. A cette date, une évolution s'est opérée dans le cadre de la construction européenne, permettant ainsi aux médecins ayant obtenu leur diplôme dans un pays membre de l'Union Européenne de venir pratiquer librement la médecine en France.

Ce n'est qu'en 2009, avec le vote de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », qu'est levé le critère de nationalité. Désormais, il n'est plus obligatoire de posséder la nationalité française pour pouvoir s'inscrire au tableau de l'Ordre des médecins et pratiquer la médecine. Or, le code de la santé publique marque toujours une différence au sein des praticiens diplômés à l'étranger, entre ceux qui ont le droit d'exercer en France, et ceux dont les diplômes ne sont pas reconnus, qui ne peuvent exercer la médecine que de manière limitée sous un régime très spécifique.

¹ « Sans afflux d'étrangers, la pléthore médicale serait inexistante », citation de Victor BALTHAZARD, président de la Confédération des syndicats médicaux (1931).

En France, on distingue donc trois grandes catégories de médecins parmi les praticiens à diplôme étranger :

- **Les praticiens diplômés en Union Européenne (UE)** qui bénéficient depuis 1975 de la législation sur la libre circulation des travailleurs et de la reconnaissance automatique des diplômes de médecine de l'UE.
- **Les praticiens diplômés hors UE** qui, après avoir exercé en tant que praticiens « associés », sont parvenus à obtenir une autorisation d'exercice et qui ont pu faire une carrière de praticien hospitalier comme leurs confrères diplômés en France.
- **Les praticiens diplômés hors UE** qui exercent la médecine de manière limitée sous la responsabilité d'un médecin senior.

Dans notre étude, nous nous pencherons uniquement sur le cas des praticiens à diplôme hors Union Européenne que nous désignerons par le terme **PADHUE**. L'exercice de la médecine est tout de même possible pour les médecins dont les diplômes ne sont pas directement reconnus et qui n'ont pas obtenu une autorisation d'exercice. Par contre, comme le stipule le paragraphe suivant, leur pratique est subordonnée à de nombreuses conditions comme l'obligation de travailler dans le domaine public, avec des statuts particuliers, et sous la responsabilité d'un chef de service.

- **Les praticiens attachés, attachés associés, assistants associés**

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

Ces médecins ne participent à l'activité du service hospitalier que sous la responsabilité directe du chef de service ou de l'un de ses collaborateurs ; ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante et sont associés au service de garde (article R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ; article R. 6152-601 et suivants du code de la santé publique).

En 2005, la HALDE² s'est penchée sur les statuts des médecins diplômés hors UE et, elle délibéra le 27 février 2006 :

« 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. [...] »³

² Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité.

³ Extrait de la délibération n°2005-57 et 2005-56 du 27 février 2006.

La HALDE reconnaît que les PADHUE, n'ayant pas la plénitude d'exercice sont au cœur d'un système discriminatoire. Le 17 avril 2008, le président de la République a donc affirmé lors de son discours sur la réforme de l'hôpital à Neufchâteau : « *On ne peut pas continuer dans une espèce de situation de non droit parce que l'on ne trouvait pas de candidat français ou européen, on en a fait venir d'autres et on les maintient dans un système dont personne ne comprend quel est le statut exact* »⁴ Cette même année, un des syndicats de ces médecins (la FPS⁵) dénombrait encore 6.788 médecins, exerçant en EPS⁶ ou en PSPH⁷.

En 2008, la FPS comptait également 9.553 médecins ayant obtenu la plénitude d'exercice. En effet, depuis 1995, plusieurs procédures ont été mises en place pour permettre aux PADHUE de pratiquer librement la médecine et, par conséquent, de sortir des statuts que nous décrivions précédemment. Ces procédures ont permis à de nombreux médecins de voir leurs diplômes reconnus et de pouvoir prétendre travailler sous les mêmes statuts et conditions que les médecins diplômés en France.

Toutefois, la législation à l'égard de ces médecins a la particularité d'être mouvante et évolutive, interdisant parfois aux hôpitaux le recrutement de ces praticiens diplômés hors Union Européenne, mais laissant toujours des failles dans lesquelles se positionnent les établissements hospitaliers pour les employer et maintenir des effectifs corrects dans leurs services. Ainsi, les possibilités d'emploi des PADHUE évoluent au rythme de cette législation. Le fait qu'il faut environ dix ans pour que ces migrants obtiennent la reconnaissance de leur diplôme illustre les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour pouvoir intégrer le corps médical français.

On constate, qu'au-delà de la réelle opportunité de venir exercer la médecine en France, afin de pallier les manques d'effectifs de certaines structures hospitalières, la réglementation spécifique du système de santé français à l'égard des PADHUE les contraints à faire face à de nombreux obstacles et discriminations. Au-delà des interrogations sur la présence et les conditions d'exercice de ces médecins, c'est toute la question des parcours et des projets migratoires de ces migrants hautement qualifiés dans un secteur-clé, celui du monde hospitalier, que nous allons interroger tout au long de ce mémoire.

⁴ Nicolas SARKOZY, *Discours sur la réforme de l'hôpital*, 17 Avril 2008, Neufchâteau, p.7.

⁵ Fédération des Praticiens de Santé.

⁶ Etablissement Public de Santé.

⁷ Participant au Service Public Hospitalier.

Partie 1 / Problématique, concepts, contexte et méthodologie pour aborder les parcours et projets migratoires des PADHUE.

Introduction.

A travers cette première partie, nous allons présenter, dans un premier temps, les raisons qui nous ont porté à travailler sur ce sujet, la manière dont nous avons construit notre problématique, nos principaux questionnements ainsi que les notions et concepts centraux de notre objet de recherche. Ensuite, nous exposerons le contexte législatif dans lequel les médecins diplômés hors UE évoluent car il s'agit d'un élément intournable pour appréhender, par la suite, la construction et l'évolution des parcours et des projets migratoires des praticiens. Enfin, nous finirons cette première partie par la présentation de la méthodologie que nous avons choisi d'appliquer afin de répondre au mieux à nos questionnements.

A/ Problématisation et objet de l'étude : les parcours et projets migratoires des PADHUE.

1/ Choix du sujet, état de l'art de la recherche et problématisation.

La thématique des migrations des professionnels de santé est un champ fertile, mais encore peu exploré, aussi bien dans les recherches portant sur les migrations que dans celles portant sur la géographie de la santé. C'est ce constat, allié à un intérêt personnel, qui nous a incité à travailler sur ce sujet. Dans un premier temps, un article du quotidien « libération »⁸, portant sur une grève des médecins dits « étrangers », brossait un tableau des difficiles conditions d'exercice de ces médecins, soulignant que leurs diplômes n'étaient pas reconnus et que le concours mis en place pour qu'ils obtiennent le plein exercice était extrêmement sélectif. Cet article ainsi que la photographie qui y était jointe représentant deux médecins tenant des pancartes sur lesquelles il était inscrit « *HALTE !!! A l'esclavage moderne dans les hôpitaux !!* » nous ont particulièrement interpellés. Puis, de fil en aiguille, nous avons approfondi les recherches et nous nous sommes rendu compte qu'il rentrait dans le cadre d'une problématique beaucoup plus large mêlant les migrations internationales (en particulier les migrations des personnes hautement qualifiées) à des enjeux de santé publique. C'est ainsi que nous avons décidé d'orienter nos recherches de Master 2 sur ce thème. Le thème général de notre recherche étant choisi, nous avons cherché à connaître l'état de l'art de la recherche dans ce domaine. Or, nous avons vite constaté que les travaux menés

⁸ <http://www.liberation.fr/societe/0101472779-medecins-etrangeurs-on-nous-exploite-et-on-nous-jette>

jusqu'à ce jour s'orientaient dans deux voies. Une première dans le domaine des migrations des migrants hautement qualifiés et une seconde dans le domaine de la géographie de la santé. Dans le domaine des migrations internationales nous avons pu ainsi lire des recherches menées par Jean-Baptiste Meyer (2004) ou encore Anne Bernard-Grouteau (2007) portant sur la mobilité internationale des personnes hautement qualifiées ou encore sur la fuite des cerveaux. Ces travaux, qui nous ont été d'un apport essentiel pour comprendre le contexte dans lequel se déroulent ces migrations, restent pour le moins assez vastes en ce qui concerne les professionnels de santé. Sur ce point, les études les plus proches de notre sujet sont celles de Marie Percot (2005), qui a travaillé sur les migrations des infirmières indiennes, celles de Yen Le Espiritu (2005) qui a travaillé sur les professionnels de santé philippins aux Etats-Unis et encore celles de Mihaela Nedelcu (2005) qui a étudié les stratégies de migration et d'accès au marché du travail des professionnelles roumaines à Toronto.

Dans le domaine de la géographie de la santé, nous avons consulté de nombreux travaux sur la santé et l'organisation de l'espace et du territoire, principalement menés par l'ONDPS⁹, l'IRDES¹⁰ ou encore par Emmanuel Vigneron (2000 et 2002). Ces recherches nous ont permis d'analyser dans quelle problématique nationale, liant déséquilibres interrégionaux, inégalités d'accès aux soins et manque de personnel médical, évoluent les praticiens diplômés hors Union Européenne que nous étudions. Or, nous avons remarqué que ces travaux ne sont jamais associés ou mis en lien avec les travaux sur les migrants hautement qualifiés.

L'art de la recherche sur notre thématique étant assez restreint, il nous a paru pertinent et novateur de construire notre problématique en associant les domaines des migrations internationales et de la géographie de la santé.

Actuellement, les données les plus précises sur les médecins diplômés hors Union Européenne sont issues des syndicats de ces médecins. D'un point de vue juridique, les travaux les plus pointus menés sur ces praticiens sont ceux de Cyril Wolmark (professeur de droit ; 1999, 2001 et 2004) ou encore de Françoise Galabru (conseillère technique à la direction de la population et des migrations ; 2000). Or, ces travaux, tous antérieurs à l'année 2004, qui analysent de près les statuts et la législation spécifique à l'égard de ces médecins sont aujourd'hui assez obsolètes dans le sens où la législation évolue très vite depuis ces dernières années.

Notre travail a donc consisté, dans un premier temps, à décrypter l'évolution de la démographie médicale française, les différents statuts des PADHUE ainsi que les procédures mises en place pour obtenir la plénitude d'exercice. Puis, de ce cadre général, notre réflexion s'est progressivement portée sur les projets migratoires et les parcours de ces praticiens. En effet, les PADHUE sont sujets à une « double peine » : ils sont soumis à une réglementation spécifique du fait du caractère non-Européen de leur diplôme, et ils sont fortement concentrés dans certains hôpitaux français (nous verrons lesquels et pourquoi plus loin). Notre attention s'est donc portée sur la construction et l'évolution des projets et des parcours des ces médecins. Aucun travail de recherche étant réalisé sur ce sujet, nous avons cherché à structurer notre problématique en liant les notions de projet migratoire et de parcours, tout en les associant à un lieu particulier, le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

⁹ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

¹⁰ Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.

Notre problématique est la suivante :

- ❖ **Comment se construisent les parcours et les projets migratoires des médecins diplômés hors Union Européenne qui exercent au centre hospitalier Nord-Deux Sèvres ?**

Celle-ci a pour objectif d'appréhender :

- **Les différents facteurs qui influent et/ou modifient les projets et les parcours de ces migrants hautement qualifiés.**
- **Les éventuelles saisies d'opportunités et/ou l'adoption de stratégies multiples mises en place par les médecins durant leur carrière pour intégrer le corps médical français.**
- **La place des territoires et des hôpitaux au sein des parcours de ces praticiens.**

2/ Hypothèses de recherche.

De notre problématique découle une série d'hypothèses qui a guidé l'ensemble de nos recherches et notre travail de terrain.

Les projets et parcours migratoires étant des notions dynamiques et évolutives, qui interagissent entre elles, soulèvent comme première hypothèse le fait qu'ils n'évoluent pas de la même manière pour l'ensemble des PADHUE. Le projet migratoire et le parcours se modifient et se construisent dans le temps, au gré des événements, des contraintes ou encore des opportunités qui se présentent aux migrants. Par conséquent, il existerait une diversité de projets et de parcours au sein de la population étudiée.

La diversité des parcours et des projets migratoires s'expliquerait, partiellement ou entièrement, par la conjugaison de différents facteurs :

- **d'ordre générationnel** ; car la législation n'est pas la même selon la période d'arrivée des individus en France et parce que les personnes n'ont pas les mêmes projets migratoires selon leur âge.
- **d'ordre familial** ; car les individus construisent différemment leur projet migratoire selon leur situation matrimoniale.
- **d'ordre relationnel** ; car des informations obtenues par des réseaux sociaux, professionnels, d'interconnaissances, communautaires, amicaux ou syndicaux peuvent influencer les individus dans des prises de décisions.
- **de « facteur X ou aléatoire »**, c'est-à-dire n'entrant dans aucuns des groupes précédents mais ayant une influence sur l'orientation ou la réorganisation d'un projet ou d'un parcours (il peut s'agir d'un évènement particulier comme par exemple un décès ou un accident...)

Autrement dit, c'est l'association de plusieurs de ces facteurs qui aurait un impact sur l'évolution et la construction des parcours et des projets migratoires des PADHUE.

Une autre série d'hypothèses concerne la réglementation spécifique du système de santé français à l'égard des PADHUE. Cette réglementation, qui entraîne une certaine instabilité et précarité des médecins qui n'ont pas la plénitude d'exercice, les pousserait à être mobiles. En effet, les contrats, qu'ils obtiennent durant cette période sont souvent de courtes durées, les obligeant à chercher régulièrement de nouveaux postes. De plus, les médecins, ne possédant pas la nationalité française, doivent nécessairement avoir un contrat au moment du renouvellement de leur carte de séjour. Par conséquent, si leur contrat dans un hôpital s'achève juste avant le renouvellement de leur carte, ils acceptent généralement le premier poste qu'ils trouvent où qu'il soit. Cela nous amène à penser que, durant la période où ces médecins n'ont pas le plein exercice de la médecine, ils pourraient être contraints d'avoir une mobilité professionnelle à l'issue de chaque contrat. Par conséquent, nous pensons qu'ils chercheraient à exercer dans les hôpitaux qui ont le plus de difficultés à recruter des médecins diplômés en France afin d'espérer voir leurs contrats renouvelés.

D'autres hypothèses portent à interroger les structures hospitalières dans lesquelles exercent ces médecins. Nous supposons que les PADHUE, n'ayant pas la plénitude d'exercice, chercheraient à obtenir des postes dans des hôpitaux en fonction de la politique appliquée par les établissements. En effet, lors d'une conférence intitulée « la lutte contre la désertification médicale »¹¹, nous avons été amenés à discuter avec un médecin inspecteur de santé publique de la DRASS¹² du Poitou-Charentes et anciennement employé au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Il attira notre attention sur la diversité des politiques mises en place par les hôpitaux selon leur situation géographique. Selon lui, certains établissements, comme les CHU¹³, « utilisent » puis « jettent » les PADHUE lorsqu'ils n'en ont plus besoin, alors que d'autres les recrutent avec l'objectif de les garder. Il existerait donc une sorte d'accord entre l'hôpital et le PADHUE recruté : l'hôpital suit et encadre le médecin pour qu'il obtienne plus rapidement la plénitude d'exercice et en contrepartie le médecin s'engagerait à rester un certain temps dans l'hôpital. Les hôpitaux, qui auraient ce type de politique, seraient principalement ceux qui rencontrent des difficultés de recrutement et ils se situeraient le plus souvent en zone rurale. Nous avons donc cherché, durant notre travail de terrain à obtenir des informations sur la politique appliquée par le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Par conséquent, nous posons l'hypothèse que les politiques appliquées par les structures hospitalières les plus en manque de personnel sont un des facteurs qui oriente les parcours de ces praticiens. Le fait de pouvoir obtenir des contrats de plus longues durées doit influencer les PADHUE à aller travailler dans certains établissements en difficulté, notamment dans les zones rurales.

Notre dernière hypothèse découle des précédentes car nous supposons que l'obtention de la plénitude d'exercice entraîne un certain ralentissement des mobilités professionnelles de ces

¹¹ Conférence du mardi 26 janvier 2010 organisée par la faculté de droit et des sciences sociales de Poitiers.

¹² Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

¹³ Centre Hospitalier Universitaire.

médecins. Nous pensons que l'obtention de l'autorisation d'exercice incite ces professionnels à s'établir et/ou à s'installer durablement dans un lieu. La sécurité de l'emploi ainsi qu'un meilleur salaire doivent probablement amener ces individus à repenser leur projet de vie comme par exemple en décidant de fonder une famille...

En fin de compte, l'ensemble de nos hypothèses nous a amené à penser que c'est par l'étude simultanée des parcours et des projets migratoires que nous pourrions saisir les facteurs, qu'il soient d'ordre familial, relationnel ou encore générationnel qui influent sur ces deux notions. L'analyse de l'articulation et des emboitements des facteurs devrait nous permettre de savoir à quels moments les médecins ont saisi des opportunités et/ou ont construit et mis en place des stratégies, individuelles ou familiales. Notre enquête a donc pour but de décrypter les parcours et les projets migratoires de ces migrants hautement qualifiés venus exercer leur métier en France.

3/ L'objet de recherche : les concepts et notions mobilisés.

L'étude des projets migratoires et des parcours des PADHUE nécessite de faire appel à l'interdisciplinarité. Ainsi, au départ, nos recherches se sont orientées vers une compréhension du contexte des migrations des praticiens diplômés hors Union Européenne à destination de la France. De manière incontournable, nous avons été amenés à lire des rapports sur l'évolution de la démographie médicale principalement issus du CNOM¹⁴ et de l'ONDPS. Ces rapports, ainsi que ceux issus des fédérations et syndicats des PADHUE, ont été les principales sources statistiques qui nous ont permis de nous faire une idée approximative du nombre de ces professionnels de la santé en France. Ce nombre est imprécis car les médecins diplômés hors Union Européenne, qui n'ont pas la plénitude d'exercice, ne peuvent pas s'inscrire au CNOM. Par conséquent, une partie de ces praticiens n'est pas quantifiable de manière précise. Afin de comprendre les statuts réservés à ces médecins ainsi que les raisons de la mise en place d'une législation spécifique à leur égard, nous avons dû nous plonger dans la lecture de travaux d'historiens (R.Schor, P.Rygiel), ou encore de juristes (C.Wolmark, J.Imbert). Ces lectures mises en relation avec les travaux de géographes et d'économistes de la santé (E.Vigneron, J.De Kervasdoué) nous ont permis d'avoir une compréhension plus globale du contexte dans lequel s'inscrit notre recherche. Par la suite, nous avons élargi nos recherches bibliographiques à de nombreux travaux de géographes tels que Marie Percot, Mihaela Nedelcu, Florence Boyer ou encore Fanny Schaeffer. En fin de compte, quatre thèmes principaux, concepts et notions articulent notre objet d'étude : la santé et le territoire, les migrations et la mobilité des migrants hautement qualifiés, les projets migratoires et les parcours, et les réseaux.

¹⁴ Conseil national de l'Ordre des Médecins.

a/ Santé et territoire.

La santé est aujourd'hui un enjeu majeur dans notre société. La préoccupation pour la santé est de plus en plus mise en avant et revendiquée comme un droit. Des « *éléments tels que le vieillissement de la population en Europe, les évolutions attendues dans l'offre de soins, mais également la modification de la demande de santé, qui dépasse la demande de soins et englobe une consommation « sanitaire » des pratiques sportive, une exigence de qualité de l'alimentation, ainsi que la demande de contrôle des pollutions ; les conditions de travail et de cessation d'activité (retraite ou passage à la réduction du temps de travail)...* sont des éléments qui contribuent à donner une place centrale aux préoccupations de santé au sens large. » (Glatron, Jacob, Vigneron, 2000, p.6). Ce sont des facteurs dont il faut tenir compte et qui ont des implications importantes dans l'organisation de la vie quotidienne des Français, et dans l'économie du pays. Aujourd'hui, les inégalités géographiques de la santé sont connues. Dans ces différents travaux, Emmanuel Vigneron explique que la question du territoire ou des territoires est différente de multiples points de vue :

- La question de la répartition de l'offre de soins, prise en charge par les exercices de planification territoriale. L'approche régionale lui apparaît comme la bonne échelle de maîtrise des risques et de contrôle des dépenses, particulièrement dans le domaine sanitaire.
- Les questions d'accessibilité et de distance, de qualité des soins de proximité, et donc d'articulation dans l'espace des différents services de santé.
- Enfin, les services de santé participent à la cohésion territoriale et aux économies locales.

L'offre de santé a donc une importance locale et son poids dans l'économie apparaît de manière claire. La santé structure fortement les territoires et il est important de rappeler que l'hôpital y est souvent le premier employeur.

Or, alors que la santé devient un objectif primordial dans nos sociétés et qu'il est question de trouver des solutions pour mieux répartir l'offre de soins, les différents gouvernements n'ont cessé de limiter les dépenses de santé, comme par exemple en diminuant le nombre de praticiens formés entre les années 1980 et 2000. Comment peut-on alors faire fonctionner correctement le système de santé français s'il n'y a pas assez de personnel médical formé ? Le manque de médecins a donc créé la possibilité pour ceux-ci de s'installer dans les villes et les régions les plus attractives comme les villes possédant un CHU ou encore les régions situées au Sud de la France. Ce phénomène a ainsi progressivement créé des disparités de plus en plus grandes dans la répartition des professionnels de santé entre les territoires attractifs et les territoires qui le sont moins, bien souvent des territoires enclavés dans des zones rurales. Etant impossible de fermer des centres hospitaliers, pour les nombreuses raisons que nous avons citées précédemment, une des solutions à ce problème a été trouvée par le recrutement de personnel venant de l'étranger. Ainsi, depuis 1975, les médecins faisant partie de l'Union Européenne peuvent exercer librement la médecine en France. Or, l'arrivée de praticiens des

pays de l'UE étant insuffisante pour compléter les services en « pénurie », c'est donc d'au-delà des frontières européennes que des médecins sont venus compléter les postes vacants de nombreux hôpitaux français. Sans eux, de nombreux services auraient fermé ce qui aurait eu pour effets de déstructurer les territoires concernés tout en amplifiant les déséquilibres territoriaux préexistants. L'arrivée de ces migrants hautement qualifiés que l'on appelle en France les médecins diplômés hors Union Européenne fût donc essentielle pour maintenir le système actuel de santé français. C'est donc par l'étude des parcours et des projets migratoires de PADHUE exerçant dans un centre hospitalier situé dans un territoire particulièrement enclavé en zone rurale que nous allons chercher à montrer que la présence de ces médecins est fondamentale pour le bon fonctionnement du système de santé français.

b/ Les migrations de migrants hautement qualifiés.

Le terme de *brain drain* ou fuite des cerveaux a été inventé dans les années 1950, par la British Royal Society, pour qualifier le départ de scientifiques et d'ingénieurs britanniques vers les Etats-Unis. Mais, devant la complexité du phénomène, les approches se sont diversifiées et les écoles de pensée se sont succédées pour tenter de mieux appréhender le phénomène. Après les inquiétudes dues aux départs massifs de chercheurs britanniques aux Etats-Unis dans les années 1950, puis les monographies des années 1960 établies sur des études de cas sur l'Inde et sur les flux Nord-Sud sur le continent américain, et enfin après les analyses comparatives des années 1970, deux grandes écoles de pensée ont utilisé cette notion pour conforter leur modèle : pour la pensée marxiste, le *brain drain* devient descripteur de flux unilatéraux de la « périphérie » vers le « centre » ; et pour la vision néoclassique, le *brain drain* est un concept macro-économique qui suppose l'existence d'un marché global des compétences où celles-ci se déplacent librement. Puis, la production scientifique est retombée durant les années 1980 pour refaire surface dans les années 1990 dans le cadre d'un nouveau paradigme, celui du *brain gain*. Il s'agit de l'idée que l'émigration des cerveaux est un processus qui peut procurer des bénéfices aux pays d'origine si ceux-ci savent récupérer les talents qui se sont formés à l'extérieur. Aujourd'hui, une partie des préoccupations actuelles rejoignent celles des années 1950 ou 1960, avec le problème de perte et de non-compensation. C'est la raison pour laquelle les instances internationales mettent l'accent sur le lien à faire entre migrations et développement. Comme le dit Aurélie Varrel (2008, p.6) « *Au total on peut néanmoins parler d'un sujet assez peu étudié quand bien même il revient régulièrement au cœur du débat politique. [...] Les termes : « compétence » (skill), « talent », « cerveau » (brain) qui sont employés de manière « neutre » pour désigner les migrant au capital éducatif élevé, sont au final, dé-réalisants et peu précis* ».

Toutefois, un renouvellement des approches a été apporté ces dernières années par exemple par les apports des études de genre comme ceux de Marie Percot (2005) sur les infirmières indiennes émigrées dans les pays du Golfe. Ces études ont commencé à analyser comment des individus ou des groupes d'individus ont saisi des opportunités et adopté des stratégies appropriées pour pouvoir migrer. Dans son article, l'auteur explique que devenir infirmière aujourd'hui en Inde est « un passeport pour le monde ». Nous avons porté une attention particulière à ces travaux car il est possible d'établir un certain parallèle entre les migrations

de ces femmes et celles des PADHUE en France. Un pan de notre étude consiste à analyser comment ces médecins se sont saisis d'opportunités pour construire et réaliser leur projet migratoire. Nous verrons comment, face à des contraintes ou à de nouvelles opportunités, ces praticiens ont adopté des stratégies appropriées qui ont modifié leur projet migratoire et construit leur parcours.

Dans notre recherche, nous privilégions le terme de « migrant hautement qualifié » dans la mesure où les migrants que nous étudions sont, au minimum, titulaires d'un doctorat de médecine. Nous utilisons ce terme, plutôt que celui de *brain drain*, car nous centrons nos travaux sur la construction des projets migratoires et des parcours de médecins diplômés hors Union Européenne venus exercer en France. Nous cherchons à décrypter des parcours individuels et non pas à cerner un phénomène mondial ou encore d'en analyser les retombées économiques sur les pays d'origine.

c/ Les projets migratoires.

Pour définir la notion de projet migratoire nous nous sommes appuyés sur les travaux de plusieurs auteurs issus de différentes disciplines tels qu'Emmanuel Ma Mung, Florence Boyer, Paul-André Rosental ou encore Mihaela Nedelcu. Selon Emmanuel Ma Mung (2009) cette notion est rarement explicitée et désigne généralement l'intention de quitter un lieu pour un autre et/ou l'accomplissement même de la migration avant que celle-ci ait atteint son terme. Aujourd'hui, 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 (2005, p.5) : « *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 la 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* ».

Dans ses travaux portant sur les migrations des Touaregs du Niger (2005), Florence Boyer insiste 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 alors 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 la théorie de 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 Emmanuel Ma Mung (2009), dans les travaux où le projet migratoire est élaboré en tant que notion, celle-ci permet de comprendre les migrations non plus comme les résultats de mécanismes agissant à l'insu du migrant, comme par exemple la combinaison de forces économiques, mais plutôt comme la réalisation d'une intention propre au migrant. Cette

notion nous a ainsi paru essentielle voir même centrale pour construire la problématique de notre objet de recherche.

Ainsi, en nous appuyant sur la conception de ces deux auteurs, nous n'aborderons pas la notion de projet migratoire comme une simple projection dans le futur mais plutôt comme un projet qui est sans cesse amené à être redéfini en fonction du contexte et des stratégies sociales et/ou individuelles. Par conséquent, nous verrons le projet comme une notion dynamique car les migrants sont amenés à redéfinir leur projet migratoire, par exemple, au fil des informations qu'ils reçoivent ou face à différentes situations économiques. Le futur migrant, doté d'un projet, se projette dans un avenir construit par le biais de représentations. Pourtant le projet ne peut pas se réduire à l'individu, il s'insère dans un groupe. La notion de projet migratoire s'articule ainsi à différentes échelles : l'individu, le groupe de migrants, le groupe de parenté, le groupe social. Le projet migratoire se construit donc par le dialogue et par la confrontation de ces différentes échelles.

Ainsi, la connaissance des contenus initiaux des projets migratoires des praticiens que nous avons interrogé, ainsi que les évolutions que ceux-ci ont connu au fil de leurs migrations et de leurs carrières nous a permis d'analyser les opportunités et les différentes stratégies mises en place par ces migrants. Autrement dit, l'étude de la construction des parcours et des projets migratoires des PADHUE permet d'extraire les facteurs qui ont fait évoluer les projets des individus du départ de leur pays d'origine jusqu'à leur arrivée au centre hospitalier Nord-Deux Sèvres.

d/ Les réseaux migratoires et sociaux.

Ayant émis l'hypothèse que les réseaux sont un facteur jouant un rôle important lors de la construction du projet migratoire mais également lors de son évolution ; nous avons souhaité nous arrêter quelques instants sur cette notion de réseau. Les réseaux migratoires sont avant tout des réseaux de relations qui se créent à la suite de l'installation (plus ou moins définitive) à l'étranger de migrants issus d'un même lieu d'origine.

L'analyse en termes de réseaux sociaux est assez ancienne car elle est apparue avec les travaux de l'école de Chicago dans les années 1920. Le réseau migratoire peut être défini comme l'ensemble de liens interpersonnels qui relient les migrants, les futurs migrants et les non-migrants dans les espaces d'origine et de destination, à travers les liens de parenté, d'amitié, et une origine communautaire partagée (Massey, 1988). Nous avons retenu cette définition car, en ce qui concerne les migrants et leurs pratiques migratoires, elle nous pousse à les replacer dans un contexte familial pour en comprendre le sens. Rappelons que migrer est un acte individuel, mais que devenir migrant est un acte éminemment social. En effet, les réseaux « anciens » continuent à fonctionner sur les nouvelles générations. Les nouveaux circulants s'entraident dans leurs migrations, mais souvent aussi, les anciens migrants assistent les nouveaux arrivants.

Selon Chadia Arab (2001), le migrant saisit des occasions là où les gens se rencontrent, dans des espaces de sociabilité non figés qui construisent par la suite ce territoire circulatoire.

Ainsi, les étapes et les parcours auraient comme supports de multiples réseaux d'échanges et des conditions de mobilisation pour faire circuler les hommes.

Nous avons donc été amenés à nous interroger sur les trajectoires des médecins diplômés hors UE et sur la manière dont les réseaux peuvent être mobilisés dans la construction de leurs parcours. Nous verrons que, dans certains cas, les réseaux (migratoires, professionnels, syndicaux...) peuvent être un facteur important, voir même un support à la construction des parcours de ces médecins, et qu'ils orientent la mobilité professionnelle de ceux-ci. Nous allons ainsi analyser quels rôles et quels types de réseaux ont influencé, ont poussé les praticiens à faire des choix lors de la construction de leurs projets migratoires et lors des différentes étapes de leurs parcours jusqu'à leur arrivée dans le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Toutefois, la notion de réseau étant très large, il est important de préciser que nous n'étudions qu'une petite facette de cette notion dont le but est de mieux comprendre les parcours migratoires et la mobilité de certains médecins.

C'est l'ensemble des thèmes, des notions et des concepts, que nous venons de présenter, qui articulent notre mémoire. Ils nous ont été d'un apport majeur pour construire notre thématique et problématique de recherche ainsi que pour exposer dans quel contexte s'inscrit cette étude. Rappelons que nous avons cherché à analyser l'ensemble des facteurs (et leurs interactions) qui ont amené les praticiens diplômés hors UE à construire et à faire évoluer leurs parcours et leurs projets migratoires. Les migrants sont au centre de notre recherche car l'étude des stratégies, des choix qu'ils ont fait face à des contraintes ou à des opportunités nous a permis de reconstituer leurs parcours et de comprendre comment ils se sont construits et ont évolué jusqu'à l'instant présent. Nous finirons cette sous-partie par une citation de Geneviève Cortes et de Laurent Faret (2009, p.7) qui illustre parfaitement le cadre de notre recherche: « *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-tendent apparaissent comme les résultantes d'une large gamme d'éléments, où l'on retrouve à la fois le jeu d'opportunités et de 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* ».

B/ Le contexte législatif et le système de santé dans lesquels évoluent les PADHUE.

1/ L'évolution de la législation pour obtenir le plein exercice de la médecine.

Dans notre introduction, nous avons expliqué que du vote loi de la loi Armbruster en 1933 jusqu'au début des années 1990, les praticiens diplômés hors Union Européenne n'avaient aucune possibilité de faire reconnaître leur diplôme de médecine par l'Etat français. Pourtant, de nombreux PADHUE, face au manque de médecins dans les hôpitaux, sont venus en France à partir des années 1980. Ils ne pouvaient alors travailler que dans les hôpitaux publics en tant que « FFI »¹⁵ sous des contrats de six mois renouvelables, en tant que « attachés associés » sous des contrats annuels renouvelables ou « assistants associés » sous des contrats de deux ans renouvelables au maximum deux fois. Or, au début des années 1990, face aux effectifs de plus en plus importants de médecins diplômés hors UE exerçant dans les hôpitaux, le gouvernement français a décidé de mettre en place un système de reconnaissance dont l'objectif était de « régulariser »¹⁶ la situation de ces médecins.

Dans cette sous-partie, nous allons tenter d'exposer le plus clairement possible l'évolution de la législation spécifique¹⁷ à l'égard de ces médecins ainsi que leurs différents statuts actuels. Ce point législatif est à nos yeux indispensable pour, par la suite, comprendre la construction et l'évolution des parcours et des projets migratoires de ces praticiens. Toutefois, le fait que, durant nos entretiens, quelques médecins nous aient demandé de les éclairer sur certaines particularités de la loi ou la procédure d'autorisation d'exercice montre à quel point la législation est complexe en particulier à cause de son caractère évolutif.

a/ 1995 : le premier accès à la reconnaissance des diplômés.

C'est en 1993, que la ministre Simone Veil engage une première étude nationale pour mieux connaître la situation de ces médecins. Deux ans plus tard, en 1995, le statut « **PAC**¹⁸ » est voté à l'assemblée nationale. La loi n° 95-116 du 4 février 1995 a introduit la possibilité, à compter du 1^{er} janvier 1996, pour une partie de ces médecins, soit étrangers et titulaires 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, d'être intégrés en qualité de contractuels dans le service hospitalier public ou participant au service public hospitalier.

¹⁵ Faisant fonction d'interne.

¹⁶ L'emploi du terme « régulariser » est à entendre dans le sens où les médecins puissent exercer librement la médecine sur le territoire français.

¹⁷ Par soucis de compréhension et dans la mesure où elles ne concernent qu'un très faible pourcentage de praticiens diplômés hors Union Européenne, nous n'aborderons pas les procédures : Certificat de synthèse clinique et thérapeutique, Hocsman, Dreessen et Junior/senior.

¹⁸ Praticien adjoint contractuel.

Cette possibilité était assortie de deux conditions :

- **Avoir réussi un examen national.** Cet examen était organisé par discipline et par région. Les disciplines concernées étaient la biologie, la chirurgie, la médecine, la pharmacie, la psychiatrie et la radiologie.
- **Avoir exercé dans un établissement public de santé ou participant au service public pendant trois années successives.** Etaient comptabilisées les fonctions d' « attaché associé » ou d' « assistant associé ».

Toutefois en 1997, le secrétaire d'Etat à la santé a introduit par circulaire une dérogation autorisant les médecins ayant occupés des fonctions de « FFI » à se présenter à l'examen national.

Chaque année, un examen national était organisé dans des régions définies. Les médecins ayant réussi les épreuves devaient, pour occuper un poste réservé à leur intention dans la région de leur choix et dans des établissements publics, se munir d'un contrat d'une durée de trois ans renouvelable un an. Ce contrat était alors adressé à la direction générale de la santé (DGS) qui délivrait nominativement à l'intéressé une autorisation d'exercice. Cette autorisation ministérielle n'était valable que dans une région. Ces médecins pouvaient alors assurer les mêmes fonctions que les praticiens hospitaliers (PH), endossaient les mêmes responsabilités, pour un salaire équivalent à 55% de celui d'un « PH ». A la différence des « associés », les « PAC » pouvaient être inscrits à l'Ordre des médecins mais, jusqu'à la loi CMU¹⁹ de 1999, ils l'étaient sur une liste spécifique, ce qui leur interdisait, entre autre, de travailler dans des réseaux ville-hôpital ou de rédiger un certificat à un patient. Toutefois, il est important de préciser qu'un « PAC » titulaire de la nationalité française, pouvait par la suite passer le concours de « PH » et donc être reconnu et payé exactement comme un praticien hospitalier diplômé en France.

b/ 1999 : l'objectif d'autosuffisance nationale.

Le **27 juillet 1999**, lors du vote la loi n° 99-641, portant création de la couverture maladie universelle, le gouvernement français prône un objectif d' «autosuffisance nationale » de médecins. Cette loi interdisait alors aux hôpitaux de recruter de nouveaux médecins diplômés hors UE. L'extrait de la loi ci-dessous précise les conditions de cette interdiction et les cas particuliers auxquels elle ne s'applique pas.

- « A compter de la publication de la présente loi, et sous réserve des dispositions qui précèdent, les **établissements publics de santé ne peuvent plus recruter de nouveaux médecins titulaires de diplômes, titres ou certificats délivrés dans des pays autres que ceux faisant partie de la Communauté européenne**, des Etats faisant parties de l'Espace économique européen et d'Andorre qu'en application des dispositions prévues dans l'article L. 356 du code de la santé publique, sauf s'ils justifient avoir exercé

¹⁹ Couverture médicale universelle.

des fonctions dans un établissement public de santé avant la publication de la présente loi ».

- « Les dispositions de l'alinéa précédent **ne s'appliquent pas aux personnes venant préparer un diplôme de spécialité en France**, ce uniquement pour la durée de la formation **et aux personnes ayant la qualité de réfugié, d'apatride ou bénéficiaire de l'asile territorial ainsi qu'aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises** ».

L'Etat avait alors décidé de « régulariser » les statuts des PADHUE déjà présents sur le territoire français et d'interdire le recrutement de nouveaux médecins dans le but de définitivement solutionner le « problème » qu'ils représentaient.

La loi CMU marque donc un pas décisif dans l'intégration des médecins diplômés hors UE déjà présents dans le système de santé français, tant à l'hôpital que dans le libéral. En effet, la loi a ainsi élargi 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 avait prévu l'organisation de deux autres sessions en 2000 et 2001. L'examen fût alors ouvert aux praticiens attestant de trois années d'exercice à l'hôpital avant le 1^{er} janvier 1999 (les années de diplômes de spécialisation n'étant pas prises en compte). Par ailleurs, les « PAC », qui jusqu'à cette date, n'avaient la possibilité d'exercer qu'à l'hôpital, pouvaient désormais obtenir l'autorisation de pratiquer la médecine générale en ville s'ils avaient exercé pendant trois ans des fonctions de contractuel ou s'ils justifiaient de six années de fonctions hospitalières rémunérées en tant que « FFI », « assistants » ou « attachés ». La loi CMU a ainsi permis aux médecins qui ont commencé à exercer en France avant le 1^{er} janvier 1996 de pouvoir faire reconnaître leur diplôme de médecine. Par contre ceux qui sont arrivés entre le 1^{er} janvier 1996 et le 1^{er} 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.

Toutefois, cette loi n'a pas permis de mettre fin à l'arrivée de nouveaux PADHUE. En effet, les hôpitaux, devant composer devant le manque de personnel médical, n'ont pas respecté la loi et ont continué à employer des praticiens à diplômes extra-européens.

c/ 2005 à 2011 : la voix unique de la reconnaissance.

La loi CMU avait prévu qu'à partir du 1^{er} janvier 2002, une nouvelle procédure d'autorisation (NPA) devait désormais être la seule et unique voie d'intégration des médecins diplômés hors UE dans le système de santé français, mettant fin aux anciennes procédures d'autorisations. En fait, la première session du concours « NPA » n'a eu lieu qu'en Mars 2005. Chaque année, le ministère de la santé publiait la liste des spécialités ouvertes aux PADHUE avec un quota. Les praticiens intéressés par cette procédure déposaient un dossier au mois de mai auprès de la DRASS de leur région afin de pouvoir participer au concours qui se déroulait entre septembre et octobre. Seules deux sessions « NPA » (2005 et 2006) ont été effectuées. La « NPA » était un concours avec quota destiné à tous les médecins diplômés

hors UE, quelque soit leur année d'arrivée en France. Seuls les médecins ayant un statut de réfugié, d'apatride ou de bénéficiaire de l'asile territorial n'étaient pas soumis au quota.

La « **NPA** » se composait en **trois étapes** :

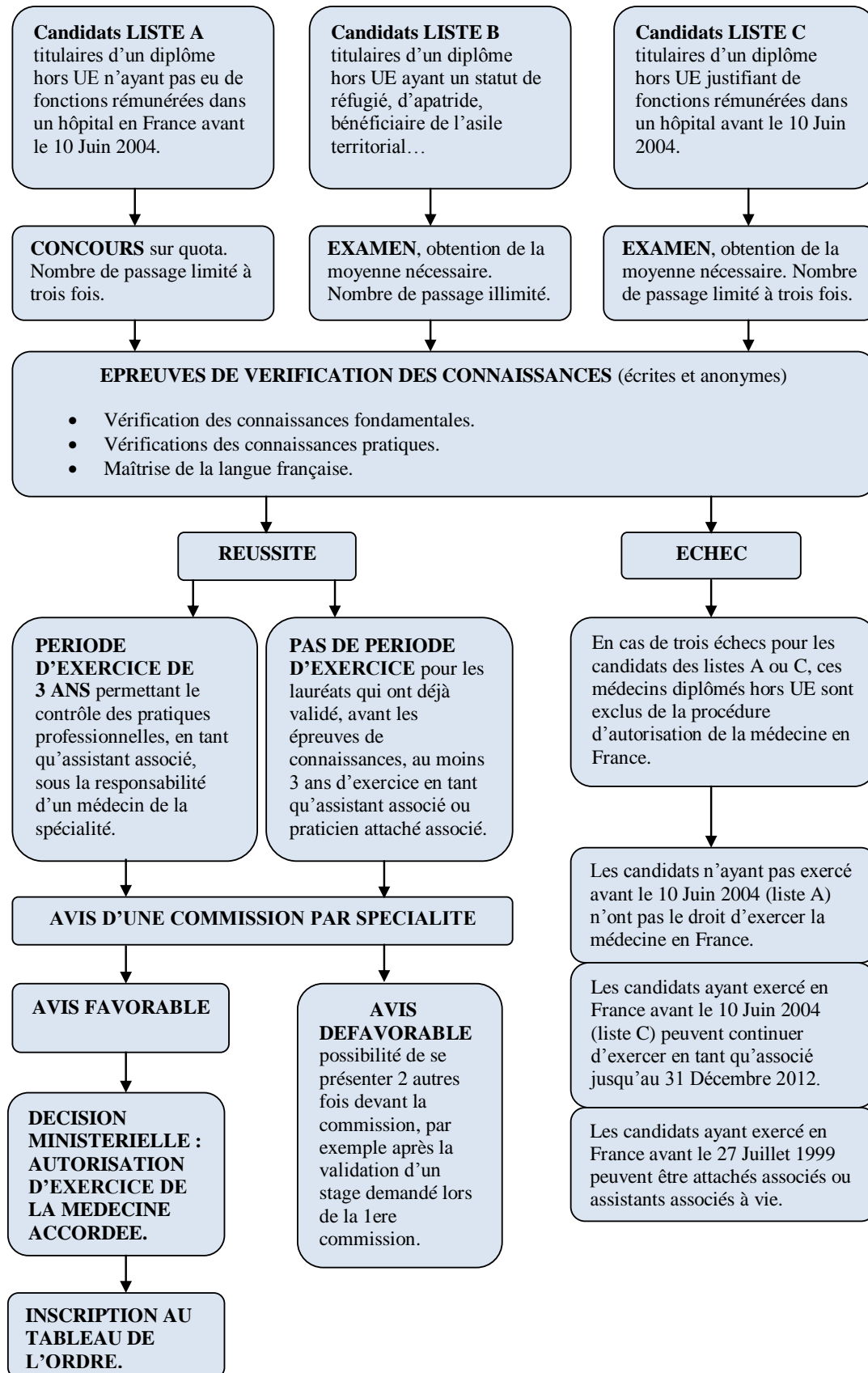
- **Un concours qui comportait : une épreuve des connaissances organisées par spécialité comportant une question théorique et une question pratique**, que les médecins ne pouvaient passer que deux fois maximum. **Un examen de connaissance de la langue française.**
- Après réussite du concours, le lauréat devait exercer **trois ans de fonctions hospitalières dans des services agréés**, avec l'évaluation d'un chef de service. Les hôpitaux étaient proposés aux médecins en fonction de leur classement au concours.
- A la fin de ces trois années, le candidat présentait son **dossier devant une commission** placée sous l'autorité du ministère de la santé et chargée de donner un avis du ministre, en vue de l'autorisation d'exercice. La commission pouvait donner un avis positif, un avis négatif ou un sursis avec des recommandations de complément de formation ou de diplôme. Les médecins ne pouvaient se présenter que deux fois devant la commission.

En **2006**, sous la pression des syndicats des médecins diplômés hors UE (FPS et SNPADHUE²⁰), 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 modifia la procédure qui, à partir de cette date s'appelle la procédure d'autorisation d'exercice (PAE). **Aujourd'hui, la « PAE » est la seule et unique procédure d'accès à l'autorisation d'exercice.** Cette procédure, détaillée dans le schéma 1, est ouverte aux médecins du monde entier. Toutefois, il est impossible de passer l'épreuve de vérification des connaissances de la « PAE » depuis l'étranger ; celle-ci a lieu une seule fois par an au centre d'examen de Rungis (94).

Contrairement à la procédure « NPA », la « PAE » se décompose en plusieurs listes en fonction des statuts ou de la date d'arrivée des médecins en France. Désormais il est possible de passer trois fois le concours et trois fois devant la commission. 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. Ce point nous semble essentiel à prendre en compte car les médecins, ayant obtenu le concours « NPA », ont été orientés vers des hôpitaux en fonction de leurs résultats au concours. L'obtention de ce concours a donc été un facteur qui a orienté leur parcours professionnel en France.

²⁰ Syndicat National des Praticiens A Diplôme Hors Union Européenne.

Schéma 1 : La procédure d'autorisation d'exercice (PAE)



Sur le schéma 1, on constate que les épreuves de la « PAE » peuvent se passer de deux manières différentes :

- Sous la forme d'un **concours**, où toutes les spécialités ne sont pas ouvertes, et qui est soumis chaque année à des quotas fixés pour chaque spécialité ouverte.
- Sous la forme d'un **examen**, durant une période transitoire courant jusqu'au 31 décembre 2011 de manière à ce que les PADHUE exerçant avant le 10 juillet 2004 puissent voir la « régularisation » de leur situation simplifiée. L'ensemble des spécialités sont concernées et il suffit aux médecins d'avoir une moyenne de 10/20 pour être reçus.

En cas de réussite aux épreuves, les médecins sont recrutés à des statuts d'« assistants associés » pendant trois ans, au cours desquelles leurs compétences sont évaluées. Or, certains médecins peuvent être dispensés de cette période s'ils ont déjà exercé en tant qu'« associé » pendant une période de trois ans préalablement au passage des épreuves. A l'issue de cette période de trois ans, les praticiens déposent leur dossier devant la commission d'autorisation d'exercice propre à chaque spécialité, qui décide de l'octroi de l'autorisation. Dans le cas où la commission considérerait qu'il manque à un médecin un stage pratique dans une spécialité, elle peut demander au médecin d'apporter la preuve d'un exercice dans cette spécialité avant de revenir devant la commission, qui lui accordera l'autorisation.

Il est à noter que 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) modifiant la procédure d'autorisation d'exercice sera mis en œuvre lors de la prochaine session de la « PAE » prévue en octobre 2010. Cette modification remplacera l'épreuve de langue française par la présentation d'une attestation de maîtrise de la langue française.

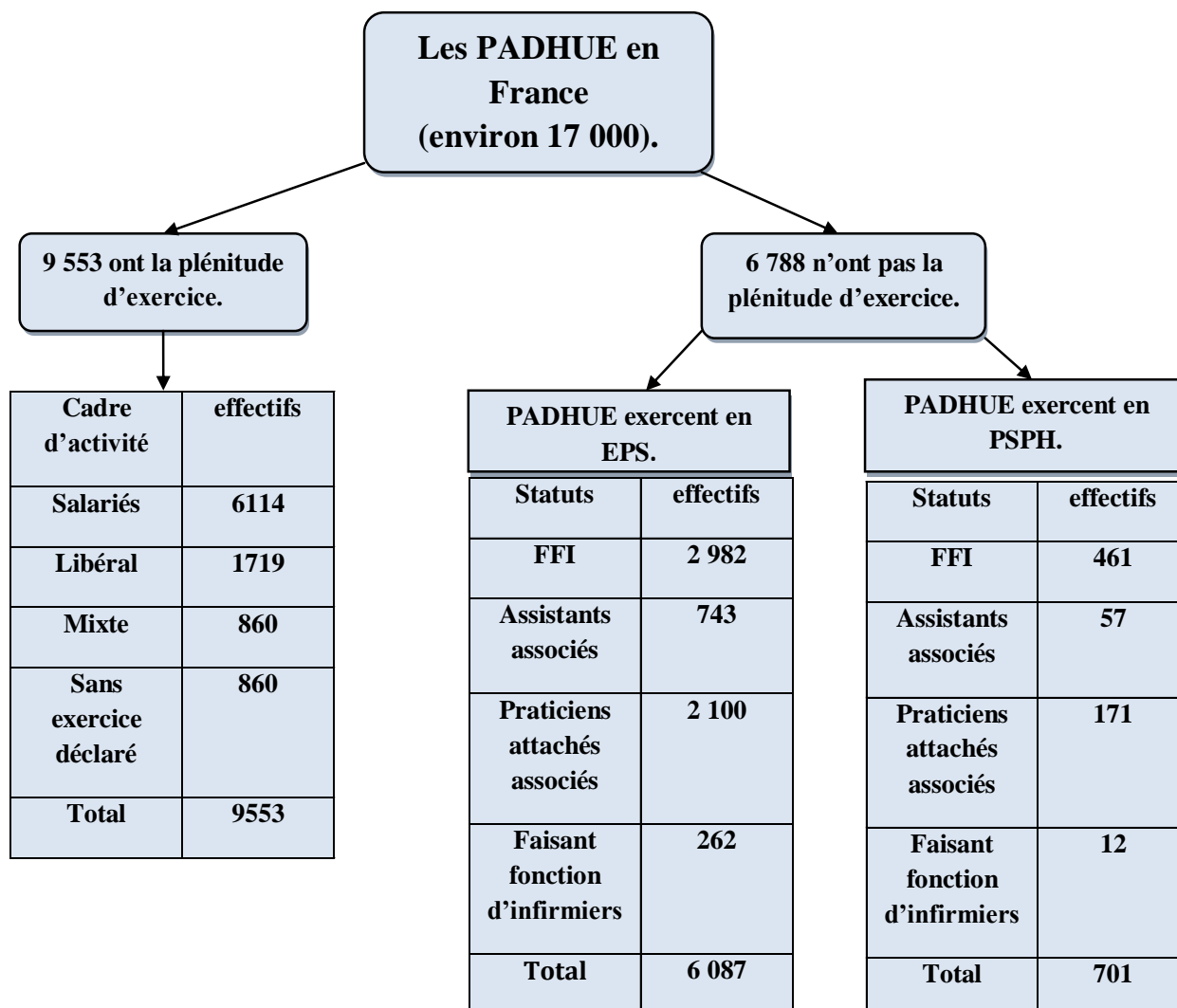
On peut dire que la procédure « PAE » représente aujourd'hui un progrès dans le système de reconnaissance des médecins diplômés hors UE. Toutefois, cette procédure est extrêmement sélective car elle n'offre que très peu de places (voire aucune selon les spécialités) à l'issue du concours. Selon le bilan des concours et épreuves relatives à la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) publié sur le site du CNG²¹, lors de la session 2009, il y avait 2.272 inscrits en liste A pour 210 places. Il faut savoir que les quotas actuels du concours ne correspondent pas aux besoins en médecins, puisqu'il n'est pas possible de savoir préalablement à la tenue des épreuves le nombre de médecins qui seront reçus à l'examen (listes B et C) dans chaque spécialité. En définitive, la PAE est le symbole de la volonté de la France de s'adjoindre les services des meilleurs éléments médicaux diplômés en dehors de l'Union Européenne.

²¹ Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction hospitalière.

2/ Les statuts des praticiens à diplôme hors UE : un système discriminatoire ?

La Fédération des praticiens de santé (FPS) estimait dans son rapport de 2008 à environ 17.000 le nombre de médecins diplômés hors UE exerçant en France. Selon les pays d'origine où les médecins ont obtenu leur diplôme de médecine, ce même rapport les répartit de la façon suivante : 18% viendraient d'Algérie, 17% de pays d'Europe de l'Est, 15% du Maroc et de la Tunisie, 12% d'Afrique noire, 7% d'Asie et 6% d'Amérique latine. Parmi ces praticiens, 9.553 ont obtenu la plénitude d'exercice par le biais des différentes procédures que nous avons présenté (PAC, NPA et PAE). Ces médecins peuvent donc exercer librement la médecine sur le territoire français. Il reste donc près de 7.000 PADHUE qui, actuellement, n'ont pas d'autorisation légale pour exercer librement la médecine en France. Rappelons que ce chiffre est approximatif puisque ces médecins ne peuvent pas s'inscrire au tableau du conseil de l'Ordre des médecins et sont donc connus que par l'intermédiaire des registres des ressources humaines des établissements hospitaliers qui les emploient. Les seules données disponibles sont issues d'enquêtes réalisées par des syndicats et des fédérations de ces médecins. En avril 2008, la FPS a estimée que 6.087 praticiens à diplôme extra-européen travaillaient dans des EPS (Etablissement Public de santé) et 701 dans des PSPH (Participant au Service Public de santé).

Schéma 2 : Répartition des médecins diplômés hors UE en fonction de leur cadre d'activité et de leur statut.



Sur le schéma 2, on constate que les médecins qui ne possèdent pas la plénitude d'exercice travaillent sous différents statuts, voir même, pour certains, sous le statut de « faisant fonction d'infirmier ». Nous allons voir que ces statuts sont à mettre en lien avec l'évolution de la législation. En effet, selon leur année d'arrivée en France, une partie des médecins est employée sous des statuts précis alors que d'autres n'ont pas le droit d'être recrutés, ce qui explique qu'ils travaillent en tant qu'infirmiers en attendant d'obtenir l'autorisation d'exercice.

a/ Décryptage des statuts des médecins qui n'ont pas la plénitude d'exercice.

Les statuts des médecins diplômés hors UE n'ayant pas la plénitude d'exercice étant particulièrement complexes, nous avons décidé de réaliser un tableau exposant l'ensemble des caractéristiques de ceux-ci.

Tableau 1 : Caractéristiques des statuts des praticiens à diplôme hors Union Européenne ne disposant pas de la plénitude d'exercice.

	FAISANT FONCTION D'INTERNE (FFI)	ASSISTANT ASSOCIE	ASSISTANT ASSOCIE LAUREAT PAE	PRATICIEN ATTACHE ASSOCIE
Conditions nécessaires pour le recrutement	Diplôme de docteur en médecine préparant les diplômes d'AFS ou d'AFSA ou DFMS ou DFMSA.	Diplôme de docteur en médecine obtenu dans un pays n'appartenant ni à l'Union Européenne, ni à l'Espace Economique Européen.		
		Avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 10 Juin 2004.	Réussite aux épreuves d'examen ou de concours de la PAE.	Avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 10 Juin 2004.
Lieu d'exercice	Les services agréés dans 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.	A 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 leurs fonctions.	Ils exercent leurs fonctions.	Ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante.

Sur ce tableau, on distingue trois types de statuts différents :

- **Les FFI (Faisant Fonction d'Interne)**

Ce statut est le seul statut possible pour les médecins qui sont arrivés après le 10 juin 2004 et qui n'ont pas exercé des fonctions rémunérées dans un hôpital public pendant une période continue de deux mois entre le 22 décembre 2004 et le 22 décembre 2006. Il s'agit d'étudiants qui suivent actuellement des formations d'AFS²² ou d'AFSA²³ et qui à partir de la rentrée universitaire 2010-2011 suivront des formations DFMS²⁴ ou DFMSA²⁵.

Selon des chiffres de la FPS, 3.443 PADHUE avaient encore le statut de « FFI » en 2008. L'inscription en AFS-AFSA avait la particularité d'être ouverte à tous les médecins diplômés hors UE, sauf quelques rares cas particuliers. 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 être inscrits. Ils pouvaient alors travailler sous le statut de « FFI », le plus souvent en attendant d'obtenir le concours « PAE ». Normalement le statut de « FFI » est renouvelable dans la limite de deux ans. Toutefois, face au manque de personnel, certains hôpitaux n'hésitent pas à renouveler les « FFI » au delà de cette limite, lesquels s'inscrivent à d'autres diplômes afin de pouvoir conserver le statut.

Le statut de « FFI » étant fréquemment un « artifice juridique », les formations AFS/AFSA vont être remplacées à partir de septembre 2010 par les formations DFMS/DFMSA. Ces nouvelles formations vont être beaucoup plus réglementées car, par exemple, les candidats vont devoir désormais satisfaire à des épreuves de contrôle de niveau des compétences organisées dans les ambassades françaises à l'étranger pour pouvoir suivre cette formation (l'ensemble des modalités de ces diplômes est exposé en Annexe 6). Ainsi, dorénavant il ne sera plus possible, pour un médecin qui arrive en France, de pouvoir travailler dans les hôpitaux français sans être inscrit en DFMS/DFMSA ou sans avoir été reçu à la « PAE ».

- **Les assistants associés**

Il existe deux catégories d'« assistants associés » : ceux qui ont exercé avant le 10 juin 2004 ou qui ont eu des fonctions rémunérées dans un hôpital pendant une période continue de deux mois entre le 22 décembre 2004 et le 22 décembre 2006 et ceux qui ont obtenu la « PAE ». Les premiers sont le plus souvent des médecins arrivés entre le 27 juillet 1999 et le 10 Juin 2004, période où normalement il était interdit de les employer. Ces médecins ont donc le droit de conserver ce statut jusqu'au 31 décembre 2011. Au-delà de cette date, s'ils n'ont pas obtenu la « PAE », les hôpitaux ne pourront plus les recruter. Les seconds sont les médecins qui, quelque soit leur année d'arrivée, sont titulaires de la « PAE » et sont en train de réaliser les trois années de fonctions hospitalières obligatoires. A l'issue de ces trois ans, où la

²² Attestation de formation spécialisée. Elle s'adresse à des étudiants étrangers en cours de spécialité commencée dans leur pays d'origine, poursuivie en France pendant deux ans et terminée dans leur pays.

²³ Attestation de formation spécialisée approfondie. Elle s'adresse à des étudiants déjà spécialistes dans leur pays. C'est un enseignement complémentaire de perfectionnement de spécialité d'une durée de un an.

²⁴ Diplôme de formation médicale spécialisée.

²⁵ Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie.

commission leur accorde l'autorisation d'exercice donc ils n'ont plus de statut d'« associé », où la commission ne leur accorde pas et dans ce cas, leur statut est renouvelé jusqu'à ce qu'il repasse devant la commission.

- **Les praticiens attachés associés**

Ces médecins doivent avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004. Il s'agit le plus souvent de praticiens arrivés en France avant le 27 juillet 1999 et qui, au bout de six années de fonctions en tant qu'« assistant associé » ont vu leur statut changer en « praticien attaché associé » soit parce qu'ils n'ont pas réussi à obtenir l'autorisation d'exercice ou soit parce qu'ils n'ont pas souhaité se présenter aux examens. Les médecins, qui ont commencé à exercer en France avant la date du 27 juillet 1999, ont la possibilité de garder ce statut à vie alors que ceux arrivés après cette date ont l'obligation d'obtenir la « PAE » avant le 31 décembre 2011 sinon ils ne pourront plus être employés par les hôpitaux.

Selon la FPS, l'ensemble des statuts d'« associé » regroupait 3.071 médecins diplômés hors UE en 2008. Le problème est que ces statuts sont à la fois instables, car il s'agit de contrats renouvelables allant de six mois à trois ans, mais également durables car il est très difficile d'obtenir l'autorisation d'exercice vu le peu de places ouvertes chaque année au concours.

b/ Des statuts instables et considérés comme précaires.

Nous avons exposé brièvement en introduction de ce mémoire le fait que la HALDE ait considéré en 2006 la situation des PADHUE comme discriminatoire. En effet, les statuts, les salaires et les conditions de travail de ces médecins sont fondés sur une discrimination légale. Elle est légale dans le sens où ces praticiens, sont dans la grande majorité des cas, employés à des statuts décrits dans le code de la santé publique. Cette discrimination, qui a lieu dans le secteur professionnel, engendre également de nombreux effets défavorables dans les vies personnelles et familiales des ces médecins. Tout d'abord, le fait d'être employé sous des contrats d'une durée maximum de trois ans empêche de nombreux médecins d'avoir des projets sur le long terme. Nombreux sont ceux à nous avoir avoué s'être mariés tardivement ou d'avoir repoussé le souhait d'avoir des enfants parce qu'ils n'avaient pas l'autorisation d'exercice. Ensuite, ces statuts sont considérés par l'Etat français comme « précaires » ou « semi-précaires » ce qui rend très difficile l'obtention de la nationalité française. Nous avons rencontré un médecin « assistant associé » lauréat de la « PAE » qui s'est vu refuser la nationalité pour motif de situation précaire. Ainsi, l'Etat refuse le regroupement familial à ces praticiens pour ce même motif. Nous nous sommes, par exemple, entretenus avec un médecin exerçant en France depuis 2006 et qui s'est toujours vu refuser la venue de sa femme et de ces deux enfants, qui sont actuellement au Liban. Comme l'Etat considère ces statuts comme « précaires », il en va de pair avec les banques qui, le plus souvent, refusent de faire crédit à des médecins qui souhaiteraient investir. Ces statuts enferment alors les médecins diplômés hors UE, qui n'ont pas le plein exercice, dans des situations d'instabilité permanente.

« Pendant des années et des années, nous avons vécu une situation d'instabilité totale. C'est-à-dire vous avez une carte de séjour, un contrat de six mois et si vous dites que vous n'êtes

pas d'accord et bien on vous dit qu'on va appeler au bureau des mains d'œuvres pour dire il ne travaille plus donc on peut lui enlever sa carte de séjour. Donc cette instabilité ça tue, ça tue parce que vous n'avez pas une vision de l'avenir, de ce que vous allez faire... » (D4).²⁶

C'est la raison pour laquelle nous verrons que les parcours de ces médecins se construisent souvent en fonction d'un objectif précis : celui d'obtenir l'autorisation d'exercice.

c/ Des situations « durables ».

On estime qu'il faut en moyenne dix ans pour qu'un médecin diplômé hors UE puisse obtenir l'autorisation d'exercice. Rappelons que les médecins arrivés en France à partir des années 1980, ont dû attendre la création du « PAC »²⁷ en 1995 pour pouvoir faire reconnaître leur diplôme. Pour ceux qui ne l'ont pas réussi ou qui n'ont pas pu y prétendre, car ils ne possédaient pas assez d'années d'expérience dans les hôpitaux français, ils ont dû attendre la mise en place de la « NPA » en 2005. Il en va de même pour les médecins recrutés « illégalement » (le plus souvent en tant que « FFI ») par les hôpitaux après le 27 juillet 1999, date à partir de laquelle les structures hospitalières n'avaient normalement plus le droit d'employer de nouveaux PADHUE.

Force est de constater que ces praticiens sont restés longtemps, et pour certains sont encore, dans des situations d'instabilité. La création de la procédure « PAE » fut une véritable avancée dans ce domaine car désormais la mise en place de l'examen pour les candidats de la liste C, c'est-à-dire ceux arrivés avant le 10 juin 2004, leur permet d'obtenir le plein exercice plus facilement et de ne plus être en compétition avec les actuels candidats de la liste A, c'est à dire ceux arrivés après le 10 juin 2004. L'Etat français pensait que le nombre de candidats postulant à la liste C allait diminuer très rapidement au fil des années. Or, le phénomène est inverse. A la session de 2009, c'est la liste C qui enregistre le plus de candidats avec 2.755 inscrits, soit une augmentation de 83% par rapport à l'année précédente. Elle représente à elle seule 54% des candidats aux concours et épreuves de la « PAE ». Selon un médecin que nous avons rencontré, la plupart des praticiens qui s'inscrivent en liste C sont des individus qui, comme lui, n'exerçaient plus le métier de médecin à cause de la précarité des statuts et des difficultés à obtenir la plénitude d'exercice. Or, la création de la liste C leur a donné la possibilité de réintégrer le corps médical. C'est la raison pour laquelle de nombreux médecins, qui s'étaient reconvertis professionnellement, gonflent chaque année les effectifs de la liste C. Ce constat illustre clairement le fait que des médecins sont dans des situations d'instabilité depuis de nombreuses années, entraînant même parfois des reconversions professionnelles.

Pour les candidats de la liste A, l'obtention de la plénitude d'exercice peut se faire aujourd'hui plus rapidement. Nous avons expliqué précédemment que cette liste est ouverte aux candidats du monde entier possédant un diplôme en médecine. Cela signifie qu'un médecin qui obtiendrait le concours dès sa première inscription, peut obtenir l'autorisation

²⁶ D correspond à Docteur et le numéro à celui de la personne interrogée ; voir en annexe 11e synopsis des personnes enquêtées pour de plus amples informations sur les médecins.

²⁷ Praticien Adjoint Contractuel.

d'exercice au bout de trois ans. Toutefois, il est très rare de voir ce genre de cas vu le peu de places qu'offre le concours. Surtout qu'en 2009, le nombre de candidats présents au concours était encore plus important qu'en 2008. Cela représentait 6.1 candidats pour un poste contre 4.5 candidats pour un poste en 2008.

Bien que de nombreux médecins diplômés hors UE, exerçant dans les hôpitaux, sont dans des situations d'instabilité depuis longtemps et n'ont pas encore obtenu le plein exercice, l'Etat leur a fixé une date limite pour intégrer le corps médical. Nous allons voir que l'examen « PAE » doit normalement prendre fin en 2011 et ainsi sortir du système les médecins qui ne l'auront pas obtenu d'ici là.

d/ Quel avenir pour les PADHUE n'ayant pas l'autorisation d'exercice après le 31 décembre 2011 ?

La loi prévoit que la dernière session de l'examen « PAE » (liste C) aura lieu en 2011 et que tous les médecins, qui exercent actuellement sous des statuts d'« associés », qui n'auront pas obtenu la « PAE » avant le 31 décembre 2011, ne pourront plus exercer dans les hôpitaux français. Seuls les médecins qui exercent en France avant la date du 27 juillet 1999 pourront garder leur poste. Toutefois, on peut s'attendre à ce qu'une nouvelle loi soit votée avant la date limite. Deux facteurs sont à prendre en compte :

-Le fait que la France devrait avoir formé suffisamment de médecins nationaux pour prétendre à une autosuffisance nationale aux environs de 2020.

-Les syndicats des praticiens diplômés hors UE devraient faire pression sur le gouvernement pour que de nouvelles procédures soient envisagées.

Si en 2011, tous les médecins n'ayant pas l'autorisation d'exercice quittaient leur poste, de nombreux hôpitaux ne pourraient plus fonctionner correctement et des services entiers devraient fermer. Dans la logique des choses, nous pensons que l'examen « PAE » sera prolongé ou qu'une nouvelle procédure sera votée. Cependant, le ministère de la santé prévoit toujours d'arrêter l'examen en 2011.

Dans cette sous partie, nous venons de voir à quel point la législation et les statuts des médecins diplômés hors Union Européenne sont complexes en raison de leurs caractères mouvants et sans cesse redéfinis au gré des besoins des hôpitaux et de la pression des syndicats des médecins. Cette législation, bien qu'elle se soit progressivement « assouplie » afin de faciliter l'intégration des PADHUE dans le système de santé français, les cloisonnent durant de nombreuses années dans des statuts dits « précaires » mêlant bas salaires et conditions de travail difficiles, car nous verrons que ces médecins se concentrent généralement dans les services les plus éprouvants. Comme nous l'a indiqué le directeur du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres :

« Ils ont choisi le parcours du combattant. Ce n'est pas toujours évident mais c'est un choix de porte étroite »²⁸

Ainsi, ce constat illustre parfaitement le fait que ces médecins doivent faire preuve d'une grande motivation pour vouloir intégrer le corps médical français. Cette entrée par le contexte législatif avait pour objectif de donner un aperçu des difficultés auxquelles doivent faire face ces médecins lorsqu'ils arrivent en France. Cette brève présentation du système, que dix-huit des vingt médecins que nous avons rencontré décrivent comme étant « très hypocrite », permet de remettre en question l'idée réductrice que ces praticiens ne viennent en France que dans le seul but de gagner de l'argent. Le fait que ces migrants hautement qualifiés « bataillent » pendant des années pour intégrer un système de santé qui leur dresse de multiples barrières soulève l'hypothèse qu'ils viennent en France pour des raisons beaucoup plus complexes et diversifiées que le simple attrait du gain. C'est la raison pour laquelle nous avons cherché à analyser comment se construisent et évoluent les parcours et projets migratoires de ces médecins. Nous allons maintenant présenter la méthodologie que nous avons mise en place pour pouvoir mener à bien notre recherche.

²⁸ Extrait de l'entretien du 09 avril 2010 avec Monsieur Maurice Birée, Directeur du Centre Hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

C/ Méthodologie

La conduite de notre recherche s'est articulée autour de trois grands volets ; des recherches bibliographiques et un décryptage législatif, que nous avons exposé précédemment, des entretiens avec des personnes ressources et une enquête biographique menée auprès de médecins diplômés hors UE exerçant au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

1/ Les entretiens avec des personnes ressources.

Durant notre travail de terrain, nous avons été amenés à rencontrer différents types d'acteurs, répertoriés dans le tableau suivant. Ces entretiens ont été indispensables dans notre méthodologie car ils nous ont permis de faire le lien entre les thématiques de la santé et des migrations.

Tableau 2 : Noms et fonctions des personnes ressources rencontrées.

Noms	Fonctions
Mr Maurice Birée	Directeur du CHNDS.
Mme Véronique Marquet	Secrétaire médicale à la direction des affaires médicales du CHNDS.
Mr Frédéric Crelot	Adjoint des cadres hospitaliers en charge des affaires médicales du CHNDS.
Mme Francine Deshoulières	Inspectrice chargée des professions médicales à la DRASS Poitou-Charentes.
Mr Ferdinand Lahoud	Délégué régional de la Fédération des Praticiens de santé et praticien au CHNDS.

En effet, les rencontres, à différentes reprises, avec des personnes de l'administration du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres nous ont permis d'obtenir des statistiques, sur les praticiens diplômés hors UE qui exercent à l'hôpital, mais aussi des informations précieuses sur le fonctionnement de l'établissement, sur les recrutements, sur la place des médecins diplômés hors UE dans les services ou encore sur les différents types de contrat qu'ont ces médecins. Ces entretiens, notamment celui avec le directeur de l'hôpital, nous ont permis d'aborder les raisons du manque de médecins en France ainsi que les spécificités du CHNDS, de son manque d'attractivité et de ses problèmes de recrutement. Les discussions avec des membres de l'administration de l'hôpital, mais aussi avec le délégué régional d'un syndicat de PADHUE, nous ont ainsi permis de recueillir le point de vue des employeurs et des employés sur la situation des médecins diplômés hors UE au CHNDS. Enfin nous avons eu un long entretien avec Madame Francine Deshoulières, l'inspectrice chargée des professions médicales à la DRASS du Poitou-Charentes, avec qui nous avons discuté de la législation et des concours et examens ouverts aux PADHUE pour qu'ils puissent intégrer le système de

santé français. Etant en charge des dossiers des médecins à diplômes étrangers en Poitou-Charentes, elle a pu nous parler de la présence de ces praticiens dans les hôpitaux de la région et nous expliquer les raisons pour lesquelles le centre Nord-Deux-Sèvres est l'hôpital qui rencontre le plus de difficultés de recrutement en Poitou-Charentes.

L'ensemble de ces entretiens nous ont été d'un apport essentiel pour compléter le contexte de notre recherche et ils nous ont notamment éclairé sur les raisons qui ont amené des PADHUE à venir travailler dans le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

2/ L'enquête biographique.

Afin d'élaborer notre méthodologie de recherche à l'égard des médecins, nous nous sommes d'abord documentés sur les différents outils d'enquête par la lecture de travaux du groupe de réflexion sur l'approche biographique (GRAB) et de différents auteurs comme Daniel Bertaux (2005) ou encore Anne Gotman (2009). Selon le GRAB (1999), l'histoire de vie des personnes est un enchaînement continu d'événements de nature diverse concernant, entre autres, leur famille, leur résidence et leur profession. « *La complexité des phénomènes qui jouent sur les comportements démographiques et sociaux rend donc nécessaire la mise en œuvre d'outils spécifiques permettant d'appréhender les rythmes d'évolution multiples et imbriqués de ces différents phénomènes.* » (GRAB, 1999, p.1). Il existe plusieurs outils disponibles pour recueillir des données biographiques. Dans le cas de notre étude, nous avons choisi d'utiliser l'enquête biographique qui permet de saisir au mieux la dynamique des processus en interaction. Le recueil de données biographiques nous a permis d'étudier les parcours et les projets migratoires des PADHUE, aussi bien dans leur contexte, mais en rapport avec les évolutions familiales et professionnelles. En utilisant cette méthode, nous avons placé les médecins au centre de notre recherche. Au-delà de leurs projets migratoires initiaux, nous avons montré à travers nos résultats que leurs parcours ne sont pas déterminés d'avance ; qu'ils se déterminent au gré de contraintes, de stratégies, d'événements divers et des histoires passées et à venir des individus.

Pour construire notre propre méthodologie d'enquête, nous nous sommes inspirés de l'enquête « Triple biographie : familiale, professionnelle et migratoire » réalisée par Daniel Courgeau en 1981 et du questionnaire de l'enquête « Mobilité spatiale à Bogota et dans trois villes du Casanare (Colombie) » réalisée par Françoise Dureau et Carmen Elisa Florez dans les années 1990. L'enquête « Triple biographies » permet de recueillir simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire). Elle permet également de recueillir de nombreux éléments du passé de l'individu. En fait, cette méthode d'enquête nous a paru être la plus appropriée à notre étude car son but est d'analyser les interactions entre les différents facteurs et l'effet de l'hétérogénéité de la population sur ces comportements. Ainsi, nous avons cherché à cerner comment un événement familial ou professionnel, pour un individu donné, modifie la probabilité des autres événements de son existence. Ce type d'enquête nous a permis de vérifier l'hypothèse que c'est l'interaction de facteurs qui engendre un espace et un temps propre à chaque situation. Les événements

(familiaux, professionnels...) que connaissent les médecins à diplôme extra-européen modifient leurs projets migratoires et construisent leurs parcours sur de nouvelles trajectoires.

Nous avons donc fabriqué un questionnaire matriciel afin de pouvoir recueillir un maximum de données sur la vie des médecins enquêtés de leur naissance jusqu'au moment de l'enquête. Ce questionnaire, dont un exemplaire rempli est visible en annexe 4, se décompose en deux grands tableaux.

Le premier tableau nous a permis de récolter toutes les informations concernant les lieux de résidence et les données professionnelles. Il s'agit pour la partie s'intéressant aux lieux de résidence de noter tous les changements de pays, de villes, mais également de logements, de type d'occupation du logement. Elle permet aussi de savoir avec qui vit la personne interrogée à un moment précis et éventuellement d'être informé si une personne vit ou a vécu en bi-résidence. Parallèlement nous recueillions 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'emploie actuellement. Enfin dans une colonne intitulée « autre » nous notions les événements particuliers tels que l'obtention de la nationalité française, le passage d'un concours ou d'un examen pour obtenir la plénitude d'exercice ou éventuellement un accident.

Le second tableau servait à recueillir les données d'ordre familial. Ce tableau se décompose en plusieurs colonnes afin d'obtenir des renseignements sur les parents de l'enquêté, sur le(a) ou les conjoints(es) de l'individu et enfin sur éventuellement ses enfants. Chaque colonne concernant une personne est subdivisée en trois autres colonnes ; une colonne vie pour noter les naissances et décès éventuels, une colonne vie commune afin d'inscrire le début ou la fin d'une vie commune avec un parent, un conjoint ou encore un enfant, et une colonne nuptialité qui nous permettait d'inscrire le début et parfois la fin d'une union.

Nous allons maintenant voir de quelle manière et dans quelles circonstances nous nous sommes entretenus avec les personnes interrogées et comment s'est déroulé le remplissage de nos questionnaires matriciels.

3/ Remplissage des questionnaires matriciels et entretiens avec les PADHUE.

Afin de pouvoir mener notre recherche au sein du CHNDS, nous avons dû établir une convention provisoire de recherche entre le Département de géographie de l'Université de Poitiers et l'administration de l'hôpital. Cette convention nous autorisait à mener librement nos recherches au sein de l'hôpital du mardi 16 mars au vendredi 30 avril, tous les jours de la semaine, entre 9h et 19h.

Notre travail de terrain a concrètement commencé le 17 mars 2010 lorsque nous avons rencontré et nous sommes entretenus avec un médecin diplômé en France exerçant à l'hôpital de Bressuire. C'est une connaissance personnelle qui nous avait recommandé de prendre

contact avec ce médecin, qui exerce depuis de nombreuses années dans cet hôpital, qui était susceptible de nous présenter des médecins diplômés hors Union Européenne. Nous avons ainsi rencontré cette personne, nous lui avons exposé notre objet de recherche et avons discuté de la place ou encore du rôle de ces praticiens au sein de l'hôpital. A la suite de notre conversation, il nous a présenté à trois collègues diplômés hors Union Européenne avec qui nous avons pu prendre rendez-vous dans les jours qui suivaient.

Nos entretiens avec les médecins diplômés hors EU se sont étalés entre le 22 mars 2010 et le 9 avril 2010. Durant ces trois semaines, nous nous sommes rendus presque chaque jour sur un ou plusieurs des sites du centre hospitalier. Ainsi nous avons pu nous entretenir avec vingt médecins diplômés hors UE. Nous avons donc rencontré près de la moitié des PADHUE de l'hôpital et, par conséquent, nous avons obtenu un échantillon d'individus relativement varié. Comme on peut le voir sur le synopsis des personnes interrogées en annexe 1, nous avons, par exemple, rencontré dix-sept hommes et trois femmes, ou encore quatorze médecins n'ayant pas le plein exercice et six qui l'ont obtenu et qui aujourd'hui sont « PH ». Nous entretenir avec des personnes de nationalités variées, de situations familiales diverses, exerçant dans différents services de l'hôpital et étant arrivés à différents moments en France et au CHNDS nous paraissait essentiel pour analyser les différences mais aussi les similitudes entre les individus enquêtés.

L'ensemble de nos entretiens s'est déroulé de la même manière.²⁹ Dans un premier temps nous renseignions la personne enquêtée sur l'objet de notre recherche, sur le fait que nous avons une convention de recherche avec le centre hospitalier et enfin sur la manière dont allait se dérouler l'entretien ainsi que sur le fait que celui-ci sera traité de manière totalement anonyme. Ainsi, nous expliquions à la personne, qu'avant de l'interroger sur des points précis, nous allions d'abord remplir ensemble un questionnaire matriciel dont le but sera pour nous d'avoir un appui visuel de l'ensemble de son parcours. Dans un second temps, après l'accord de la personne, nous commençons à enregistrer la conversation au moment où débute le remplissage du questionnaire matriciel. Nous commençons toujours celui-ci par les données d'ordre familial avant de passer à la reconstitution du parcours résidentiel et professionnel. Une fois le questionnaire rempli, nous basculions vers un entretien semi-directif. Celui-ci était composé de questions communes à l'ensemble des médecins et de questions spécifiques à chaque médecin que nous posions en fonction de leur parcours. Un médecin nous ayant donné son autorisation, son questionnaire rempli ainsi que la retranscription de l'enregistrement de son entretien sont visibles en annexe 5. Il est important de préciser que l'enregistrement ne contient pas l'entière totalité de l'entretien puisque, dans la majorité des cas, la discussion se prolongeait dans les couloirs de l'hôpital.

L'intégralité de nos entretiens s'est effectuée au sein du centre hospitalier. Que se soit aux urgences, dans des bureaux, des salles d'attentes ou de radiographie, nous étions toujours seuls avec la personne enquêtée. Le plus court de nos entretiens a duré quarante minutes et le plus long un peu plus de deux heures trente minutes. En moyenne les entretiens duraient une

²⁹ Voir annexe 3.

heure trente minutes. Bien que, quelque fois, nous avons été coupés par des appels téléphoniques, le passage d'infirmières ou encore par la sonnerie du SMUR³⁰, nous pouvons dire que nos rendez-vous se sont déroulés de manière très satisfaisante. Excepté un seul médecin qui nous a demandé de couper l'enregistrement lorsque nous sommes passés à des questions précises, aucun des dix-neuf autres praticiens n'a émis d'opposition au fait que nous les enregistrions. Nous pensons que notre taux de réponse global fut très élevé dans la mesure où de nombreux médecins nous ont expliqué l'intérêt qu'ils portent à notre recherche. Par conséquent, ils n'ont pas hésité à nous raconter leur parcours sans tabous, c'est-à-dire en nous expliquant des contextes de guerre ou encore en nous racontant des histoires très personnelles. Certains enquêtés ont, par contre, insisté sur le caractère anonyme de l'entretien nous expliquant, par exemple, que leurs collègues ne sont pas au courant de certaines choses et qu'ils ne souhaitent pas qu'ils le sachent. Les entretiens et les questionnaires nous ont ainsi permis de recueillir vingt parcours migratoires et professionnels de PADHUE jusqu'à leur arrivée au CHNDS, ce qui, par la suite, nous a servi à analyser le poids des différents facteurs (structurels, individuels, familiaux...) au cours de leur parcours.

Les difficultés et limites que nous avons pu rencontrer sont le manque de disponibilités des médecins et le temps qui nous est imparti pour réaliser ce travail. Les médecins ont une profession qui laisse peu de temps libre. Par conséquent, ils acceptaient de nous rencontrer, pendant qu'ils étaient de SMUR pour les urgentistes avec le risque de devoir partir à tout moment en cas d'urgences, avant ou après leurs consultations pour les autres. Ainsi il nous est arrivé de devoir longuement patienter ou de reporter des rendez-vous à cause d'un imprévu. A ce sujet, Madame Véronique Marquet, la responsable des affaires médicales de l'hôpital, nous a permis de gagner un temps précieux lors des prises de rendez-vous car elle nous a mis en relation avec quelques médecins et nous informait sur les jours de présence de ceux-ci.

Notre seconde limite fût les courts délais pour réaliser ce travail. En effet, si nous avions disposé d'un mois supplémentaire nous aurions pu envisager de rencontrer l'intégralité des PADHUE qui exercent au CHNDS. Nous nous sommes arrêtés à vingt entretiens dans la mesure où nous voulions nous en tenir à notre calendrier sachant que nous avons un gros travail de retranscription en perspective avant de pouvoir passer à la phase de rédaction de notre mémoire.

En fin de compte, notre travail de recherche s'est articulé autour de trois outils méthodologiques principaux : la recherche documentaire (bibliographique et législative) qui nous a permis de collecter l'ensemble des données relatives à nos thèmes de recherche et à appréhender au mieux le contexte dans lequel évoluent les PADHUE, les entretiens avec des personnes ressources qui nous ont servi à approfondir nos recherches sur les problèmes engendrés par l'évolution de la démographie médicale et à comprendre les spécificités du CHNDS, et l'enquête biographique auprès des médecins qui a apporté de nombreuses réponses à nos interrogations sur les parcours et projets migratoires des praticiens diplômés hors UE.

³⁰ Service Mobile d'Urgence et de réanimation.

Conclusion de la première partie.

Née d'une envie de travailler sur un sujet au cœur des débats scientifiques, politiques et sociaux d'actualité, nous avons cherché à construire une problématique, à la fois novatrice et originale, en liant les thématiques de la santé et des migrations. L'association d'informations recueillies dans des travaux de spécialistes de ces deux domaines à un sujet et à un contexte particulier nous a conduit à nous interroger sur les parcours et les projets migratoires de médecins diplômés hors UE venus exercer leur métier en France. Ainsi, nous avons élaboré une méthodologie spécifique dans le but d'analyser la situation de migrants hautement qualifiés qui exercent dans un secteur-clé : celui du milieu hospitalier. Toutefois, afin de pouvoir mener à bien notre recherche nous avons dû choisir un terrain de recherche adéquat que nous allons présenter dans une seconde partie.

Partie 2/ Une étude de cas : les médecins diplômés hors UE dans un hôpital « rural »: le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres (CHNDS).

Introduction.

Le choix du terrain de recherche ne fût pas une tâche facile dans le sens où nous devons trouver un hôpital, employant un nombre suffisamment important de médecins diplômés hors UE, étant particulièrement confronté aux problèmes engendrés par l'évolution de la démographie médicale et acceptant que nous réalisons un travail de recherche au sein même de sa structure. Ainsi, dans cette seconde partie, nous allons expliquer les multiples raisons (d'ordre géographique, organisationnel ou encore structurel) qui nous ont amené à décider de travailler dans un seul hôpital, et un hôpital « de campagne » de surcroît: le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres (CHNDS).

A/ Le choix d'une ethnographie à une échelle locale.

Le travail de recherche que nous présentons ici est une ethnographie à une échelle locale : l'étude des parcours et des projets migratoires des médecins diplômés hors Union Européenne qui exercent au CHNDS au moment de notre enquête. Le choix de cette étude de cas se justifie ici par la volonté, non pas de tirer des conclusions sur les parcours de ces médecins à l'échelle nationale, mais de s'attarder sur un cas particulier pour tenter d'apporter des éléments de réponse sur les facteurs qui ont construit et orienté les parcours de ces praticiens jusqu'à un lieu précis.

1/ La volonté de travailler sur un hôpital « de campagne ».

Le choix de nous pencher sur un hôpital situé en zone rurale nous a paru adéquat dans le sens où nous avons voulu, non seulement nous démarquer de l'idée que tous les médecins « étrangers » travaillent en Ile de France (où la proportion de PADHUE serait en constante baisse en raison du grand nombre d'internes formés dans cette région³¹), mais surtout nous avons souhaité mettre en avant les déséquilibres territoriaux dans le domaine de la santé et les problèmes de recrutement que rencontrent les hôpitaux « enclavés ». Aujourd'hui, les médias parlent de plus en plus de « désertification médicale » lorsque des territoires ruraux n'arrivent pas à trouver de médecins généralistes. Or, nous pensons que ce terme devrait être élargi aux centres hospitaliers « victimes » de leur situation géographique. En effet, les hôpitaux de la

³¹ Voir le Tome 3 du rapport annuel 2008-2009 de l'ONDPS, *le renouvellement des effectifs médicaux*.

banlieue parisienne et ceux situés en zone rurale font partie de deux mondes totalement différents dans le sens où les hôpitaux parisiens, bien qu'également en manque de médecins, ont une rotation de personnel nettement plus grande que les hôpitaux dits « périphériques » situés dans des zones enclavées. Ces structures n'ont donc pas du tout les mêmes politiques vis-à-vis des médecins diplômés hors UE, ni les mêmes manières de les recruter. Nous avons donc choisi un hôpital de « campagne » non seulement parce que sa localisation permet d'exposer l'ensemble des problèmes liés à la situation géographique de ces structures hospitalières ainsi que ceux liés à l'évolution de la démographie médicale française mais aussi pour présenter l'indispensable présence de ces migrants hautement qualifiés dans les zones rurales françaises. Le fait que la quasi-totalité des recherches menées sur ce type de migrants concerne les grandes villes et les grandes agglomérations est également un facteur que nous avons pris en considération lorsque nous avons choisi notre terrain de recherche.

2/ Les raisons d'une étude de cas.

Une démarche comparative aurait été possible puisqu'il existe une multitude d'hôpitaux à l'échelle nationale qui emploient des PADHUE. Il nous a néanmoins semblé opportun de nous concentrer sur un seul établissement, de manière à pouvoir approfondir, dans le temps qui nous est imparti pour la réalisation de ce mémoire, la compréhension d'une population particulière et d'un thème spécifique. En effet, en raison de la complexité des parcours propres à chaque individu, un processus d'analyse comparatiste entre différents hôpitaux se serait fait au détriment d'une réelle prise en compte de la place du centre hospitalier au sein de ces parcours. Notre choix s'est donc porté sur un seul établissement ce qui nous permis de rencontrer un grand nombre de médecins ainsi que de nombreux membres de l'administration. Cette étude de cas nous a donc permis de nous « immerger » pendant quelques temps au cœur de la vie d'un hôpital. Nous avons ainsi essayé de comprendre au mieux le fonctionnement de ce centre hospitalier.

3/ L'hôpital qui possède le plus grand nombre de médecins diplômés hors UE de la région Poitou-Charentes.

Initialement, c'est en épluchant la liste des lieux de réunions de l'année 2009 de la FPS que notre attention s'est portée sur ce centre hospitalier. En effet, cette liste mentionnait de nombreux sites hospitaliers situés en banlieue parisienne, dans quelques grandes villes comme Lyon, et à Thouars (une petite ville d'environ 10.000 habitants située dans le département des Deux-Sèvres). De là, nous sommes partis à la recherche d'informations sur le Centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres et nous avons appris, par le biais de la DRASS, qu'il s'agissait de l'hôpital qui rencontre le plus de difficultés de fonctionnement et de recrutement au niveau de la région Poitou-Charentes. Deux autres établissements rencontrent également des difficultés similaires au sein de la région, il s'agit des hôpitaux de Ruffec et de Confolens. Ces deux derniers étant des structures plus petites et ayant des pourcentages de PADHUE

moins importants que le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres, notre regard s'est définitivement porté sur le CHNDS. Le choix de prendre cet hôpital comme terrain de recherche nous a semblé pertinent en raison de l'importance du nombre de PADHUE qui exercent dans cet établissement, qui a la particularité d'être réparti sur trois sites. En effet, comme le présente le tableau 3, il y a quarante-quatre praticiens diplômés hors UE parmi les cent-quinze médecins qui travaillent dans cet hôpital, soit plus de 38% des médecins.

Tableau 3: Répartition des médecins diplômés en UE et hors EU au sein du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

Répartition des praticiens CHNDS	Bressuire	Parthenay	Thouars	TOTAL
diplôme de docteur en médecine UE	23	15	33	71
diplôme de docteur en médecine Hors UE	13	7	24	44
TOTAL PRATICIENS CHNDS	36	22	57	115
% PADHUE par site	36,11%	31,82%	42,11%	38,26%

Source : Affaires médicales du CHNDS (chiffres de Mars 2010.)

Or, au-delà du nombre très élevé de médecins diplômés hors UE, qui nous a confirmé être en présence d'un hôpital de campagne représentatif des déséquilibres territoriaux dans la répartition du personnel médical, les profils très hétérogènes des médecins ont également attiré notre attention.

4/ Les profils variés des PADHUE de l'hôpital Nord-Deux-Sèvres.

- **Les pays de naissance et d'obtention du doctorat.**

Nous souhaitons mener notre étude dans un établissement où nous serions à même de rencontrer des médecins diplômés hors UE ayant des profils extrêmement variés. Ainsi si l'on observe les pays de naissance et les pays dans lesquels les praticiens ont obtenu leur diplôme de médecine, on constate une certaine diversité.

Tableau 4 : Pays de naissance des praticiens diplômés hors Union Européenne qui exercent au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

Pays de naissance	Nombre
Algérie	7
Allemagne	1
Bénin	1
Cameroun	2
Colombie	1
Liban	6
Madagascar	7
Maroc	12
Niger	1
Russie	0
Syrie	4
Togo	1
Tunisie	1
TOTAL PADHUE CHNDS	44

Source : Affaires médicales du CHNDS (chiffres de Mars 2010.)

Tableau 5 : Pays d'obtention du doctorat de médecine des praticiens diplômés hors Union Européenne qui exercent au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

Pays d'obtention du doctorat	Nombre
Algérie	6
Bénin	1
Bulgarie	1
Cameroun	1
Colombie	1
Liban	1
Madagascar	7
Maroc	14
Niger	1
Russie	2
Syrie	4
Togo	1
Tunisie	4
TOTAL PADHUE CHNDS	44

Source : Affaires médicales du CHNDS (chiffres de Mars 2010.)

Les données, ci-dessus, nous permettent de voir que les PADHUE exerçant au CHNDS sont nés dans treize pays différents répartis sur les continents d'Afrique, d'Europe, d'Asie ou encore d'Amérique du Sud. Toutefois si l'on compare ces pays avec ceux où les médecins ont obtenu leur diplôme, il est intéressant de constater que certains médecins n'ont pas tous obtenu leur diplôme dans leur pays de naissance, ce qui révèle que quelques médecins n'en sont pas à leur première migration. Ce tableau indique aussi qu'une majorité de ces migrants sont nés dans cinq pays : le Maroc, l'Algérie, le Madagascar, le Liban et la Syrie. La

prédominance de ces pays nous a permis lors de nos entretiens de nous renseigner sur l'éventuelle existence de réseaux communautaires, amicaux ou encore familiaux.

- **La répartition homme/femme.**

Ce centre hospitalier a la particularité de posséder un faible nombre de femmes diplômées hors UE. Parmi les PADHUE, l'hôpital emploie trente-sept hommes et seulement sept femmes, soit environ 84% d'hommes et 16% de femmes. Au niveau national, la FPS a estimé en 2008 que 68% des médecins diplômés hors UE sont des hommes et 33% des femmes. Ainsi, la faible proportion de femmes au sein du CHNDS nous a amené à nous demander si elles construisent leur projet et leur parcours de la même façon et avec les mêmes objectifs que les hommes.

- **Les statuts et les nationalités.**

Les statistiques que nous ont communiquées les membres du personnel chargés des affaires médicales nous ont apprises que, seulement dix-huit PADHUE possèdent actuellement l'autorisation d'exercice contre vingt-six qui ne la possèdent pas. Parmi ces derniers :

- Seize exercent sous le statut de « praticien attaché associé »,
- Sept sous le statut d'« assistant associé »,
- Trois sous le statut de « faisant fonction d'interne ».

Parmi l'ensemble de ces médecins, vingt-cinq ont obtenu la nationalité française. Ces informations associées aux années de naissance de ces médecins, qui s'étendent entre 1952 et 1982, illustrent clairement le fait que des médecins de différentes générations travaillent à l'hôpital et par conséquent qu'ils sont arrivés à des moments variés en France et qu'ils ont été soumis aux différentes procédures pour obtenir l'autorisation d'exercice mise en place de 1995 à nos jours. Ce point nous paraissait essentiel, car le fait de pouvoir rencontrer des médecins d'âges variés et étant arrivés en France à différents moments nous a permis d'analyser le poids et l'impact de l'évolution de la législation dans la construction des parcours de chacun.

- **La durée des fonctions à l'hôpital.**

Le nombre d'années d'exercice des médecins au sein de l'hôpital est également un élément à prendre en compte pour comprendre la mobilité ou la non-mobilité de ceux-ci mais aussi pour analyser la politique de l'hôpital à l'égard de ces praticiens. Le tableau 6 indique qu'il existe plusieurs cas de figure au CHNDS.

Tableau 6 : Durée des fonctions des médecins diplômés hors Union Européenne dans le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

Durée des fonctions (au 31/03/2010)	TOTAL
<1 an	12
entre 1 et 2 ans	6
entre 2 et 3 ans	5
entre 3 et 4 ans	2
entre 4 et 5 ans	5
entre 5 et 6 ans	1
entre 6 et 7 ans	1
entre 7 et 8 ans	1
>8 ans	11
TOTAL PADHUE CHNDS	44

Source : Affaires médicales du CHNDS (chiffres de Mars 2010.)

De manière générale, on peut extraire de ce tableau trois grands groupes :

- Ceux qui exercent depuis plus de huit ans (onze médecins),
- Ceux qui exercent depuis un à cinq ans (dix-huit médecins),
- Ceux qui exercent depuis moins d'un an (douze médecins).

Ce phénomène n'est pas entièrement le fait du hasard car nous verrons qu'il est possible d'établir un certain parallèle entre les années de fonctions de ces médecins à l'hôpital et l'évolution de la législation. L'installation durable de certains médecins et la récente arrivée d'autres nous ont servi à déterminer les éléments potentiellement responsables du passage de la mobilité à l'installation. Ces différents profils nous ont également été indispensables pour analyser la place de l'hôpital au sein des différents parcours de ces médecins. En effet, nous allons voir que ce centre hospitalier est une étape pour certains, une entrée et/ou une finalité pour d'autres.

Enfin, notre entrée par une thématique mêlant santé et migrations internationales nous a imposé de chercher un hôpital permettant de pouvoir répondre au mieux à notre problématique. La situation géographique de l'hôpital, ces difficultés de recrutement associées au fort pourcentage de PADHUE parmi les médecins et la grande variété de profils de ces migrants nous ont conduits à choisir le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres comme terrain de recherche. Ainsi, nous verrons dans notre troisième partie que l'étude de la place de cet hôpital au sein des différents parcours des médecins nous a servi à analyser l'influence des facteurs dans l'évolution de leurs projets et dans la construction de leurs parcours. Nous allons maintenant nous arrêter sur les causes à la fois nationales et propres à l'hôpital Nord-Deux-Sèvres qui sont à l'origine de la forte présence des médecins diplômés hors Union Européenne au sein de l'hôpital étudié.

B/ Un hôpital qui subit les problèmes de l'évolution de la démographie médicale française.

Lorsque nous avons questionné le directeur du CHNDS, les personnes responsables des affaires médicales de l'hôpital ou encore l'inspectrice chargée des professions médicales à la DRASS de Poitou-Charentes, sur les difficultés de fonctionnement et de recrutement de l'hôpital, ils nous ont tous répondu, que dans un premier temps, ce centre hospitalier subit le même problème que tous les hôpitaux de France, c'est-à-dire des difficultés à recruter des médecins. Il nous paraît important de rappeler d'abord les raisons de l'évolution de la démographie médicale en France avant d'analyser les problèmes spécifiques au CHNDS.

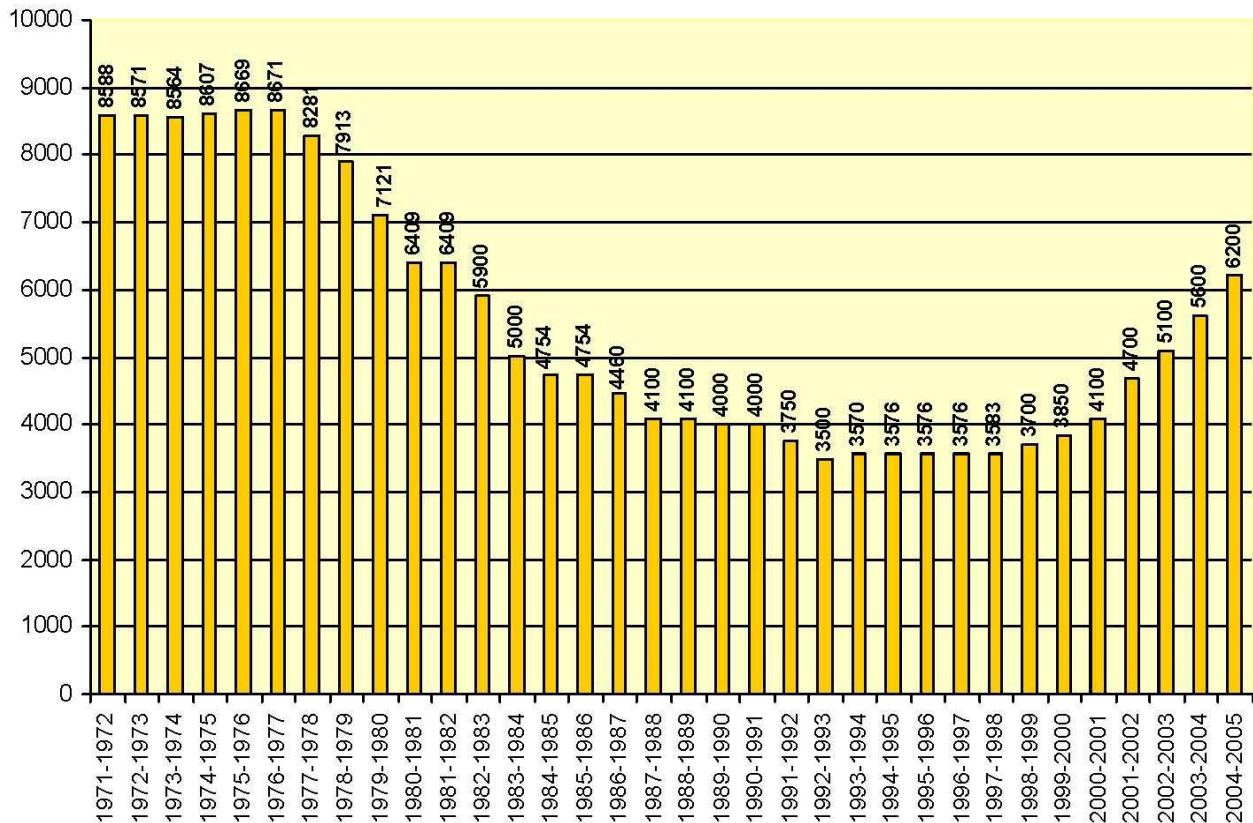
1/ La situation nationale française.

a/ L'essoufflement des médecins actifs et l'accélération des médecins retraités.

Selon l'atlas de la démographie médicale, au 1er janvier 2009, avec un effectif total de 258.153 médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, le corps médical s'est accru de 1,2% par rapport à l'année précédente. Pour rappel, dans les années 1980, cet accroissement était de 3,5%. Certes, la croissance se poursuit mais elle ne concerne plus les actifs réguliers. L'accroissement du nombre des médecins retraités inscrits au Tableau de l'Ordre biaise les données (+5,2%). Selon les projections effectuées en 2004 par l'ONDPS, l'âge moyen sera de 50.6 en 2015 alors qu'il était de 47.5 en 2008. Cette évolution est la conséquence directe de l'évolution du *numérus clausus*. En effet, à partir des années 1985-1986, le *numérus clausus* des études de médecine, c'est-à-dire le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études à la fin de la première année, a été réduit d'une façon drastique. Comme le montre le graphique 1, de 8.869 en 1976, le nombre de place s'est effondré à 4.754 en 1985 et à 3.500 en 1993. En même temps, une autre voie de spécialisation, le CES³² non régulé par un concours, a été supprimé laissant l'internat (avec quota) comme seule voie de spécialisation des jeunes médecins en France. Il s'agissait, pour les autorités de l'époque, de baisser l'offre de soins afin de tenter de diminuer les dépenses avec comme résultat une diminution de moitié des médecins généralistes et spécialistes formés et une division par deux du nombre d'internes dans les hôpitaux. C'est alors que les postes restés vacants, notamment dans les hôpitaux périphériques, ont alors été progressivement occupés par des médecins diplômés hors UE.

³² Certificat d'Etudes Spécialisées.

Graphique 1 : l'évolution du *numerus clausus* des études de médecine en France.



Graphique extrait du « rapport PADHUE » publié par la FPS le 29 Avril 2008.

b/ Une féminisation des médecins et une évolution du temps de présence au travail.

On constate une féminisation de la profession médicale en France. En 2025, selon l'ONDPS, les femmes représenteraient 52% des médecins en activité. Celles-ci étant souvent demandeuses d'emplois à temps partiel, de nombreux postes vont devoir être créés dans les hôpitaux.

De plus, le rapport annuel de 2004 de l'ONDPS note que la diminution du temps de travail a eu des impacts réels sur la disponibilité des professionnels. La modification de la durée légale du travail a eu des effets conjoncturels importants entre 2000 et 2002-2003. Il faut savoir que la réduction du temps de travail pour l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux, liée à la mise en place de l'ARTT³³, s'est appliquée à partir du 1^{er} janvier 2000 dans les établissements privés et à partir du 1^{er} janvier 2002 dans les hôpitaux publics. La nouvelle définition du temps de travail pour les personnels médicaux résultant de l'application de la directive européenne 93/104 du 23 novembre 1993, modifiée par la DE³⁴ 2003/88, a conduit notamment à intégrer les périodes de permanence sur place (les « gardes ») dans le temps effectif de travail. Ces diminutions de la quantité de travail ont certainement constitué un facteur conjoncturel de déséquilibre entre l'offre et la demande de professionnels.

³³ Aménagement et Réduction du Temps de Travail.

³⁴ Directive Européenne.

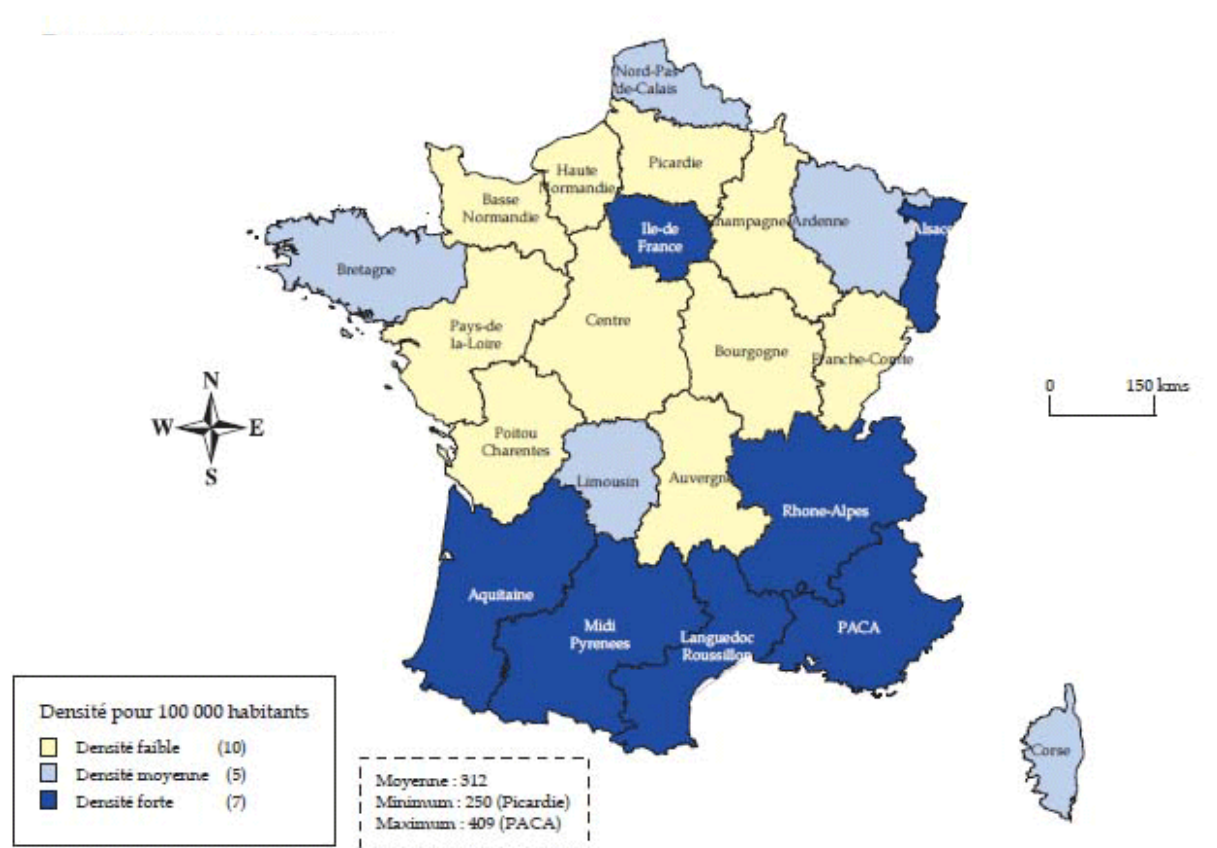
c/ Un changement dans la représentation du métier des jeunes médecins.

Les jeunes générations de médecins ne conçoivent plus d'une manière aussi prégnante que leurs aînés leur travail comme un « sacerdoce », pour lequel ils seraient disponibles de manière permanente, se dévoueraient de manière inconditionnelle à leurs patients, quitte à sacrifier leur vie personnelle et familiale. Plusieurs médecins, proches de la retraite, nous ont expliqué que, pour les jeunes, la disponibilité au travail n'apparaît plus si essentielle. Ils tiennent à libérer des plages horaires pour leur temps personnel ou, à défaut, souhaitent des coupures franches entre leur temps de travail et leur temps personnel. De nombreux jeunes médecins aspirent à une certaine qualité de vie, ce qui explique la défection pour des spécialités, notamment chirurgicales, associées à des contraintes de temps de travail, de disponibilité et de pénibilité. Ces médecins souhaitent pouvoir concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle, de couple et famille. Cette conciliation impose de plus en plus la nécessaire gestion de deux carrières, celle du médecin et celle de son conjoint, de sorte que le choix d'installation devient plus un choix de couple. Ces considérations dictent alors souvent une installation dans une grande ville, si possible universitaire, qui offre davantage de loisirs, de débouchés professionnels pour le conjoint et des structures d'accueil ou scolaire pour les enfants. Il est important de noter que les jeunes médecins sont aussi de plus en plus attirés par le secteur privé qui leur propose de meilleurs salaires et des contraintes plus souples, concernant la permanence de soins, que le secteur public.

d/ Une densité médicale hospitalière déséquilibrée entre les territoires.

Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, ne sont pas égaux en termes de démographie médicale, en fonction de leur localisation sur le territoire français. La carte 1 montre les écarts de densité médicale globale entre les différentes régions. On voit clairement sur cette carte les fortes densités dans le Sud de la France et dans la région parisienne. Ce point est particulièrement important car nous allons voir qu'en étudiant les parcours des PADHUE, on constate qu'ils ont majoritairement exercé dans les régions où les densités médicales sont les plus faibles. Ainsi, nous posons l'hypothèse qu'une carte qui représenterait la répartition régionale des PADHUE serait l'inverse de la carte 1 : ces médecins seraient nombreux dans les régions où la densité médicale est faible et ils seraient très peu nombreux dans les régions où la densité médicale est forte.

Carte 1 : La densité régionale des médecins inscrits au Tableau de l'ordre en activité totale au 1^{er} janvier 2009.



Carte réalisée par Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois pour l'atlas de la démographie médicale en France de l'année 2009, CNOM.

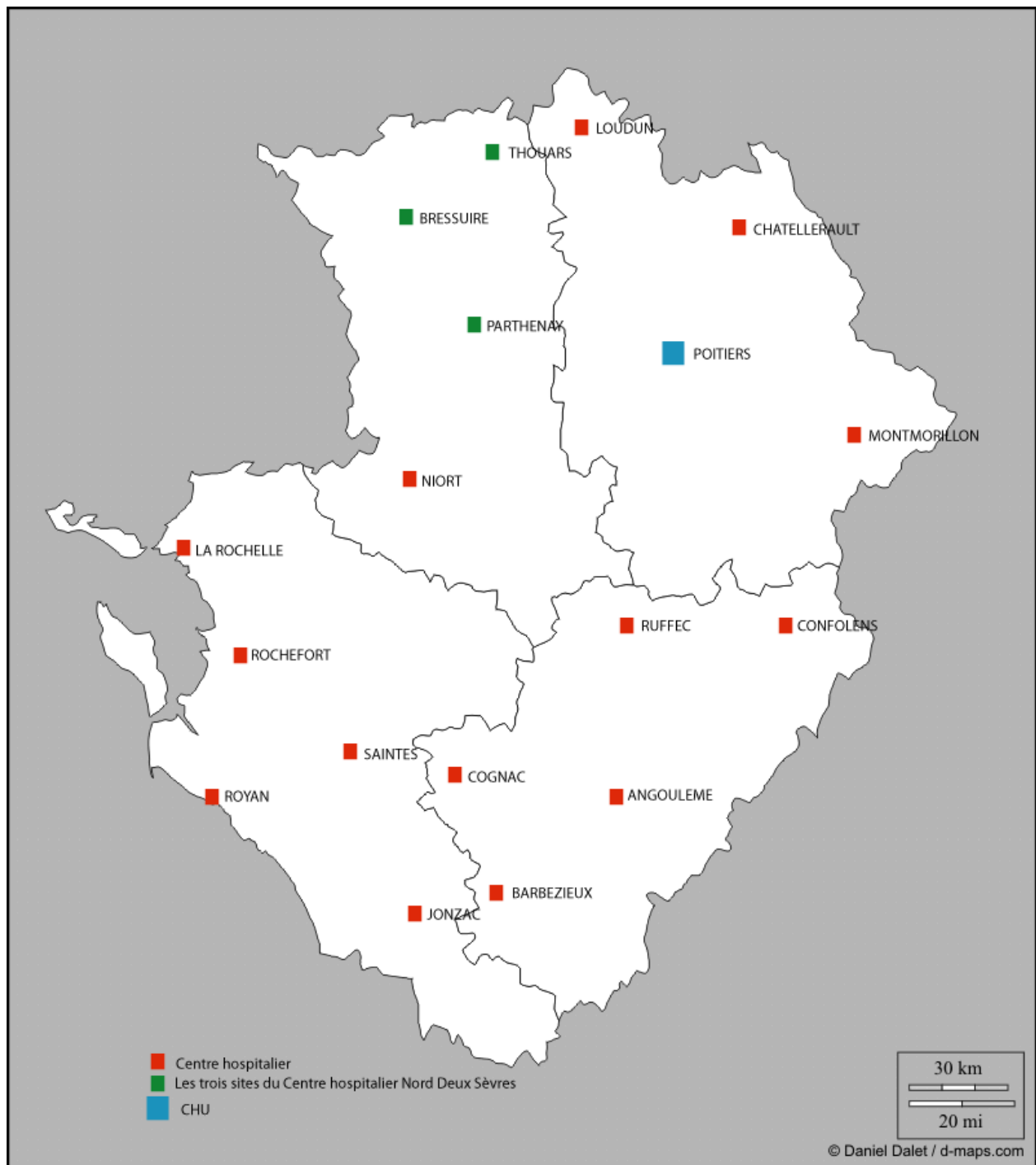
La carte 1 expose les inégalités régionales en terme de densité médicale mais elle ne laisse cependant pas voir les inégalités infrarégionales voire infra départementales, qui sont également très marquées. Les médecins font plus facilement le choix de travailler dans une ville qui dispose d'un CHU que dans un centre hospitalier dit « périphérique », d'autant plus s'il est situé dans une zone rurale ou enclavée, éloignée des métropoles régionales.

En définitive, tant la démographie médicale et les déséquilibres dans la répartition territoriale et entre les spécialités des médecins, que la concurrence du privé et les changements dans les aspirations des jeunes médecins, amènent les hôpitaux publics à être confrontés à des difficultés de recrutement plus ou moins majeures. Le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres est donc non seulement touché par le problème de l'évolution de la démographie médicale en France mais également par des raisons qui lui sont plus spécifiques sur lesquelles nous allons maintenant nous attarder.

2/ Le manque d'attrait du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

Le CHNDS est un hôpital qui a des difficultés à recruter des médecins pour deux raisons qui lui sont propres : sa situation géographique et sa répartition dans trois villes, comme on peut le voir sur la carte 2.

Carte 2 : Les centres hospitaliers et CHU en Région Poitou-Charentes.



a/ Un hôpital dont « les couloirs font 40 kilomètres »³⁵.

Situé dans le Nord du département des Deux-Sèvres, le Centre Hospitalier Nord-Deux-Sèvres a la particularité d'être le seul hôpital en région Poitou-Charentes à être reparti sur trois sites très distincts: Parthenay, Bressuire et Thouars.

En fait, le CHNDS est né de la fusion des hôpitaux de Bressuire, Parthenay et Thouars le 1er janvier 1996. Les sites sont distants les uns des autres de 30 à 40 km. Ils assurent les soins hospitaliers, pour un bassin de population de 150.000 habitants. Il s'agit de la première opération de fusion en France de trois hôpitaux identiques sur des bassins de population différents. Le problème de cette répartition dans trois villes est que les trois anciennes administrations ont fusionné et que désormais :

« Les conditions de fonctionnement de cet hôpital sont très compliquées ce qui a sans doute entraîné certaines fuites de la part des « PH » français. »³⁶

Au delà d'un système de fonctionnement compliqué, le fait que l'hôpital est dispatché sur trois sites entraîne d'autres facteurs répulsifs.

« Il n'y a pas de plateaux techniques, que des petites équipes, et donc beaucoup d'astreintes qui rebutent les médecins. »³⁷

Par exemple le directeur nous expliquait qu'en chirurgie viscérale il y a deux médecins et que, par conséquent, ils sont d'astreintes un jour sur deux. Il faut ajouter à un grand nombre de gardes le fait que certains médecins sont obligés de faire quelques allers et retours entre les différents sites. En effet, chaque médecin est affilié à un seul site mais dans certains cas ils sont obligés d'aller faire des consultations sur les autres sites. Par exemple nous avons rencontré un médecin gynécologue qui travaille à Bressuire mais, qui une fois par semaine, vient faire des consultations à Parthenay. Il semble évident que la répartition de l'hôpital dans trois villes différentes joue en la défaveur du CHNDS dans le recrutement des médecins. Comme nous l'expliquions précédemment, les jeunes médecins préfèrent délaisser des structures dites « périphériques », comme le CHNDS, au profit d'établissements où ils auront le moins d'astreintes possibles afin d'avoir un maximum de temps libre pour leur famille ou leurs loisirs.

³⁵ Extrait de l'entretien du 09 avril 2010 avec Monsieur Maurice Birée, Directeur du Centre Hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

³⁶ Extrait de l'entretien du 16 avril 2010 avec Madame Francine Deshoulières, Inspectrice chargée des professions médicales à la DRASS Poitou-Charentes.

³⁷ Extrait de l'entretien avec Monsieur Frédéric Crelot, Adjoint des cadres hospitaliers en charge des affaires médicales du CHNDS.

b/ Un hôpital « un peu en plein désert entre Poitiers et Tours. »³⁸

Le deuxième élément explicatif du manque d'attraction de cet hôpital est sa situation géographique. Localisé en zone rurale, le CHNDS « *n'est pas loin de tout et est loin de tout* »³⁹. Or, il n'est pas loin de plusieurs grandes villes puisque de Parthenay à Poitiers il y a 50 kilomètres, de Thouars à Tours il y a 110 kilomètres, de Bressuire à Cholet il y a 45 kilomètres ou encore de Bressuire à Nantes il y a 100 kilomètres. Cet hôpital est donc situé en pleine campagne mais sans être trop loin de grandes villes. Cette situation géographique est particulièrement défavorable au CHNDS car il est excentré mais également à proximité de grandes villes qui ont des CHU.

Le problème est que les CHU attirent les médecins français car :

« Les PH français ont envie d'exercer dans des plus grosses structures qui tournent mieux, mieux entourées, mieux encadrées. »⁴⁰ « Les gros établissements se servent d'abord, puis les petits récupèrent le reste. »⁴¹

Selon le directeur du centre hospitalier Nord-Deux -Sèvres, le véritable problème est celui de la liberté d'installation des médecins qui entraîne un déséquilibre dans les hôpitaux et en particulier dans les campagnes. Comme nous l'expliquions précédemment, les médecins y sont aujourd'hui une « *denrée rare.* »⁴² Le CHNDS n'a donc pas d'autre choix que de recruter des PADHUE pour pouvoir fonctionner correctement.

³⁸ ³⁹ Extrait de l'entretien du 16 avril 2010 avec Madame Francine Deshoulières, Inspectrice chargée des professions médicales à la DRASS Poitou-Charentes

³⁹ ⁴⁰ ⁴¹ Extrait de l'entretien avec Monsieur Frédéric Crelot, Adjoint des cadres hospitaliers en charge des affaires médicales du CHNDS

C/ Les PADHUE : l'indispensable renfort du centre hospitalier.

Les médecins diplômés hors Union Européenne semblent être une variable d'ajustement en raison d'un manque de médecins diplômés en France au sein des hôpitaux en difficulté tel que le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. L'encadré suivant⁴³ expose le nombre approximatif, le profil et la place des médecins diplômés hors UE dans la région Poitou-Charentes.

Le nombre des PADHUE exerçant en Poitou-Charentes peut être évalué à environ 150 personnes. Ils sont originaires en grande majorité des pays du Maghreb, puis du Proche-Orient et d'Afrique (ex colonies françaises). Ils exercent dans les hôpitaux qui ont des difficultés à recruter une main d'œuvre à diplôme européen, c'est-à-dire les établissements les plus excentrés par rapport aux grands pôles médicaux (Centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres, Ruffec, Confolens principalement) mais on en trouve dans tous les établissements publics de santé, y compris au CHU de Poitiers, où ils représentent un précieux apport dans certains secteurs en difficulté. Il est évident que pour les petits établissements périphériques, leur présence est indispensable et qu'ils ne pourraient fonctionner sans l'appui qu'ils apportent.

Ainsi, ces praticiens « contribuent de manière importante au fonctionnement du système de santé, non seulement en raison de leur nombre, mais aussi puisqu'ils aident à assurer la continuité du service durant les nuits ou les weekends et sont présents dans les régions les moins équipées. »⁴⁴ Nous allons donc, dans cette sous-partie, chercher à analyser la place des PADHUE au sein du centre hospitalier, leur répartition dans les services mais également la politique de recrutement de l'hôpital vis-à-vis de ces médecins.

1/ Des services entiers entre les mains des médecins diplômés hors Union européenne.

Comme au niveau national, on constate au sein de l'hôpital étudié que les médecins diplômés hors UE sont omniprésents dans certains services. Le tableau 7 montre qu'ils sont présents dans toutes les spécialités mais qu'ils sont de loin nettement majoritaires aux urgences et en psychiatrie.

⁴³ DESHOULIERES.F, *Rapport sur la situation des médecins étrangers exerçant dans les établissements publics de santé en Poitou-Charentes*, le 23 juin 2009, DRASS Poitou-Charentes.

⁴⁴ OCDE, *Perspectives des migrations internationales*, 2007, p.19.

Tableau 7 : Répartition des médecins diplômés hors EU au sein des différents services du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

Services d'affectation	Bressuire	Parthenay	Thouars	TOTAL
Anesthésie - réanimation	2	0	0	2
Angiologie	0	0	1	1
Cardiologie	0	0	3	3
Chirurgie orthopédique & traumat.	1	0	0	1
Chirurgie urologique	0	0	1	1
Gastro-entérologie	0	0	1	1
Gynécologie obstétrique	2	0	0	2
Gynécologie obstétrique (médicale)	1	1	1	3
Imagerie médicale	1	0	2	3
Médecine polyvalente	0	2	2	4
Néonatalogie	1	0	0	1
Psychiatrie	0	0	7	7
Urgences / SMUR	5	4	6	15
TOTAL PADHUE CHNDS	13	7	24	44

Source : Affaires médicales du CHNDS (chiffres de Mars 2010.)

Ce constat met en avant la problématique que les PADHUE se retrouvent à faire fonctionner des services entiers où la charge et la pénibilité du travail sont les plus lourdes. Ce phénomène, comme nous a expliqué un médecin urgentiste, est le résultat du changement de comportement des jeunes médecins diplômés en France.

« Les jeunes autant à une période ils allaient vers les spécialités mais maintenant ils commencent à s'en désintéresser [...] c'est pareil pour les urgences. Quand ils commençaient à former des urgentistes parmi les jeunes, on en avait ici. Au début, pour eux, c'est comme les urgences à la télé, donc ils sont contents ils vont sauver des vies mais quand ils sont partis de chez nous au bout d'un an et qu'on demande qu'est-ce qu'ils sont devenus, on nous dit qu'ils se sont installés. » (D14).

Les urgences ne sont pas une vocation pour l'ensemble des médecins diplômés hors EU que nous avons rencontré. Nous verrons d'ailleurs que le fait de se spécialiser dans ce domaine fut, pour certains, une stratégie dont l'objectif était de trouver un poste. A Thouars, dans le service des urgences, seul le chef de service est titulaire d'un diplôme de médecine français. Les six autres médecins sont des PADHUE. Il n'est donc pas exagéré mais plutôt réaliste de dire que les urgences ne fonctionneraient pas sans eux.

« Je pense que s'il n'y avait pas de médecins à diplôme étranger ici, l'hôpital de Thouars aurait dû fermer dans les années 1994 ou 1996. Il n'y avait que nous ici. Moi je suis resté mais il y en a d'autres qui sont partis. A cette époque là ça ne tournait qu'avec des médecins étrangers. » (D13).

Les statistiques et les commentaires des médecins affichent clairement la place indispensable de ces praticiens qui apparaissent comme les « chevilles ouvrières » de services entiers.

« De toute façon si on arrête, les hôpitaux vont fermer. Nous sommes les bouche-trous indirectement, parce que j'appelle ça comme ça moi. [...] Vous avez vu un peu le nombre de médecins ici. Si on arrête, qu'est-ce qui se passe à votre avis ? » (D9).

Or, dans le centre hospitalier, nous allons voir qu'une autre spécialité est presque entièrement entre les mains de ces médecins : le service psychiatrique.

2/ Le problème du service psychiatrique.

Selon l'inspectrice que nous avons rencontré à la DRASS du Poitou-Charentes, le plus gros problème de l'hôpital vient du service psychiatrique dont elle considère la situation comme catastrophique.

« Il y a beaucoup de « FFI » diplômés hors UE qui remplissent les trous car ils ont bien été obligés de fonctionner avec quelque chose et en fait à partir du moment où un service est en difficulté plus personne ne veut venir parce que c'est affreux de travailler dans des conditions pareils. C'est-à-dire quand vous venez vous faites le boulot de quatre personnes [...] ca doit être infernal de travailler dans ce genre de conditions. »⁴⁵

Comme aux urgences, en psychiatrie seule la chef de service possède un diplôme français. La différence notable entre les deux services est engendrée par les très mauvaises conditions de travail en psychiatrie sur lesquelles ont insisté les trois psychiatres que nous avons rencontrés. Nous avons eu la chance de rencontrer un médecin quelques jours avant son départ. En effet, il nous a expliqué qu'il venait de poser sa démission pour partir exercer dans une clinique privée en Bretagne. Pour reprendre le terme exact, le motif de son départ après de longues années d'exercice dans l'hôpital est « *Je sauve ma peau.* » (D18). Selon ses dires, il vaut mieux partir ailleurs, quitte à laisser derrière lui une région à laquelle il s'était attaché, plutôt que de travailler dans de telles conditions. Le recrutement de médecins à diplôme hors UE apparaît alors comme la solution de « survie » de services. Nous allons voir que l'hôpital Nord-Deux-Sèvres a même pu obtenir quelques « arrangements » législatifs afin de pallier ce manque de médecins.

3/ Les « arrangements » législatifs pour faire fonctionner correctement l'hôpital.

Face aux problèmes de fonctionnement de certains services de l'hôpital, directement liés aux difficultés de recruter des médecins, le CHNDS s'est vu accorder trois dérogations en 2009. Par dérogation, nous entendons l'autorisation de transformer des statuts de PADHUE en « assistant associé » qui normalement n'y sont pas soumis, à cause de l'année où ils sont arrivés en France ou parce qu'ils ne travaillaient pas en secteur hospitalier à un moment donné. Il est important de préciser que les administrations des hôpitaux peuvent donner des

⁴⁵ Extrait de l'entretien du 16 avril 2010 avec Madame Francine Deshoulières, Inspectrice chargée des professions médicales à la DRASS Poitou-Charentes.

statuts de « FFI » ou d'« attaché associé » à des médecins à diplôme hors UE, même si parfois la législation ne le permet pas. Dans ce cas, si un problème survient avec un médecin qui normalement ne pouvait pas obtenir ce statut, il en va de la responsabilité du chef d'établissement. Or, pour employer ou transformer le statut d'un médecin en « assistant associé », les hôpitaux ont l'obligation de demander l'avis de la DRASS. Ainsi, lorsque la DRASS autorise à un établissement de donner le statut d'« assistant associé » à un médecin qui normalement n'en a pas le droit, il en va de la responsabilité de la DRASS en cas d'un éventuel incident avec ce praticien. C'est la raison pour laquelle les dérogations restent de l'ordre de l'exceptionnel et elles ne sont faites que dans des cas de grande nécessité. Le centre hospitalier est le seul établissement de la région Poitou-Charentes qui a obtenu ce genre de dérogation en 2009 à cause de ces difficultés de fonctionnement. Ces dérogations ne sont accordées que dans des situations de « force majeure », c'est-à-dire lorsqu'un service manque tellement de personnel qu'il n'arrive plus à fonctionner correctement. Le centre hospitalier s'est donc vu accorder quelques « arrangements » législatifs afin de pouvoir lui permettre de continuer à faire fonctionner certains services, en particulier celui de psychiatrie.

Toutefois, les forts effectifs de médecins diplômés hors UE, leur omniprésence dans certains services et les dérogations « illégales » accordées à l'hôpital afin de « régulariser » leur situation met en évidence la place essentielle de ces praticiens dans le bon fonctionnement du centre hospitalier. Or, selon les médecins, bien que les administrations reconnaissent que leur présence est primordiale au bon fonctionnement du système de santé français, nombreux sont ceux qui disent qu'ils ne sont employés que pour combler des postes vacants et non pas pour l'intérêt porté à leurs candidatures.

« On est pris dans le besoin, surtout pour les hôpitaux de province où les français, quand je dis français c'est le français de souche diplômé d'ici, ne voudraient pas aller. Dans les petits hôpitaux comme ça, perdus, qui sont loin des grandes villes, il n'y a que nous qui sommes là donc ils nous prennent. [...] On est des bouche-trous, on prend les postes vacants que les autres ne veulent pas, c'est tout. » (D20).

Face aux propos de nombreux médecins qui nous ont affirmé se sentir considérés comme des « *petits médecins* » (D20), nous avons cherché à comprendre la politique de l'hôpital dans lequel nous menions nos enquêtes, à savoir la manière dont sont recrutés ces migrants hautement qualifiés ou encore à connaître les contrats qui leur sont accordés.

4/ La politique du centre hospitalier Nord-Deux Sèvres.

En ce qui concerne les raisons de recrutement des médecins à diplôme étranger, les résultats de l'enquête menée en 2008 par Armelle Drexler⁴⁶ sont sans appel : « 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. » Ainsi, nous avons pu faire le même constat en ce qui concerne la politique de recrutement du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

« Les hôpitaux périphériques n'ont pas d'autre choix que de recruter des PADHUE [...] même les grands centres en recrutent pour faire les sous-mains. »⁴⁷

Le fait que les praticiens diplômés hors UE sont recrutés par défaut n'est pas un phénomène propre au CHNDS. Les problèmes de recrutement de personnel médical, lié à la question de la démographie médicale que nous avons vu précédemment, apparaissent être généralisés et indépendants du statut, de la taille, et de la localisation de l'établissement. Toutefois, il semble évident que les politiques des établissements diffèrent en fonction du pourcentage de PADHUE parmi les médecins des hôpitaux. Il nous a donc paru nécessaire de nous questionner sur la politique mise en place par le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres qui se retrouve contraint et dans l'obligation d'employer ces praticiens pour pouvoir fonctionner.

a/ Un hôpital qui se protège.

Lorsque nous avons demandé aux affaires médicales de l'hôpital de nous communiquer la durée des contrats des PADHUE employés par le centre hospitalier au moment de notre enquête, nous avons été étonnés du nombre important de contrats de six mois et d'un an.

Tableau 8 : Durée des contrats des médecins diplômés hors EU employés par le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

Durée des contrats (en cours)	TOTAL
6 mois	8
12 mois	10
24 mois	3
36 mois	7
Cng*	16
TOTAL PADHUE CHNDS	44

*cng (centre national de gestion) : praticien nommé par arrêté (pas de contrat)
Source : Affaires médicales du CHNDS (chiffres de Mars 2010.)

⁴⁶ DREXLER.A, *le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*, Mémoire pour l'école des hautes études en santé publique, 2008.

⁴⁷ Extrait de l'entretien avec Monsieur Frédéric Crelot, Adjoint des cadres hospitaliers en charge des affaires médicales du CHNDS.

L'explication, que nous avons eue par les personnes chargées des affaires médicales de l'hôpital, est que les médecins diplômés hors UE sont principalement recrutés par candidatures spontanées. Il est donc difficile de savoir quel est le « niveau » et la qualité du médecin employé, et nos interlocuteurs justifient ainsi que l'hôpital leur fasse des contrats de courtes durées. Il est à noter que les hôpitaux sont libres de choisir la durée des contrats des médecins diplômés hors UE qui n'ont pas le plein exercice de la médecine. Pour ceux qui ont obtenu le plein exercice, ils sont employés, comme on peut le voir dans le tableau 8, par le Centre National de Gestion et nommés par arrêté, au même titre que les médecins diplômés en France.

Face à cette obligation de recruter un nombre important de PADHUE, l'hôpital Nord-Deux-Sèvres a mis en place une règle de manière à pouvoir se protéger.

Cette règle consiste à faire (lorsqu'il recrute un « praticien attaché associé »):

- un premier contrat de trois mois,
- un deuxième contrat de six mois,
- un troisième contrat d'un an,
- un quatrième contrat d'un an,
- un cinquième contrat de trois ans.

Ce système permet ainsi à l'hôpital de tester les médecins en leur faisant signer des contrats de courtes durées et donc de pouvoir garder ceux qu'ils considèrent comme les meilleurs et de ne pas renouveler les autres. L'hôpital cherche donc à avoir du personnel médical performant. Or, ce type de politique amplifie non seulement l'instabilité, déjà générée par les statuts que nous avons vus en première partie, mais également l'impossibilité pour ces médecins de mettre en place des projets durant les deux premières années d'emploi. Quelques médecins nous ont avoué avoir la sensation d'être sur des « sièges-éjectables » et dans la peur d'être remplacés à tout moment :

« Excusez moi l'expression mais l'hôpital il n'en a rien à foutre de nous. On est là en bouche-trous et s'il trouve un médecin français diplômé d'ici, vite fait il me dit tu pars. » (D20).

Sur ce point, nous pouvons donc considérer que les politiques appliquées par les hôpitaux publics sont un facteur de mobilité des PADHUE et qu'elles sont aussi une des raisons pour laquelle ils cherchent absolument à obtenir le plein exercice qui, pour eux, est synonyme de stabilité. La liberté d'élaboration des contrats des médecins diplômés hors UE n'ayant pas le plein exercice par les hôpitaux porte également interrogation sur les inégalités qui règnent quant aux conditions d'emploi qui existent entre les médecins diplômés en France et ceux diplômés hors UE. Ce type de politique des établissements hospitaliers n'est-il pas un facteur supplémentaire qui amplifie la discrimination, que nous décrivions précédemment, à l'égard de ces médecins qui ne possèdent pas l'autorisation d'exercice ?

Toutefois, la place incontournable des médecins diplômés hors UE au sein de l'hôpital Nord-Deux-Sèvres a également poussé l'hôpital à mettre au point des stratégies pour garder les « meilleurs ».

« Quand on en trouve un bon, il faut qu'on le garde, donc on fait des bricolages [...] On fait un investissement sur eux et on les suit pour qu'ils obtiennent la plénitude d'exercice. »⁴⁸

Lorsqu'un médecin valide le concours ou l'examen « PAE », il doit exercer pendant trois années dans un service agréé avant de pouvoir passer devant la commission. Or, le CHNDS ne possède pas des services agréés dans toutes les spécialités. Afin de ne pas voir les médecins partir dans un autre établissement, l'hôpital a mis en place des conventions avec le CHU de Poitiers et l'hôpital de Niort. Par exemple, pour garder un cardiologue, l'administration a fait une action de coopération avec l'hôpital de Niort où le médecin valide sa « PAE » tout en pouvant toujours venir travailler à Thouars. Nous avons également rencontré un médecin urgentiste qui, tout en continuant à travailler aux urgences de Thouars, fait des allers-retours à Poitiers pour suivre des stages afin de pouvoir valider sa « PAE ». On peut donc dire que l'hôpital cherche en quelque sorte à fidéliser les médecins qu'il considère « de qualité ».

b/ Des médecins qui font pression.

Face au manque criant de personnel médical, des membres de l'administration nous ont également expliqué qu'ils ne pouvaient pas toujours appliquer leur règle de recrutement des médecins diplômés hors UE. Certains médecins, jouant sur l'argument qu'ils sont indispensables pour faire fonctionner certains services, n'hésitent pas aujourd'hui à négocier leur salaire où encore à demander des contrats de longues durées dès leur embauche à l'hôpital. Selon la situation, ou l'hôpital est obligé de céder où il refuse tellement les conditions exigées par les médecins sont draconiennes.

Mais cette pression des médecins ne se limite pas aux hôpitaux, elle existe aussi après de la DRASS. En effet, certains PADHUE n'hésitent plus à demander à la DRASS de leur changer leur statut sous peine de partir exercer dans une autre région qui leur accordera une dérogation.

Le manque de médecins à l'échelle nationale a progressivement créé une sorte de compétition au recrutement non seulement entre les hôpitaux mais aussi entre les régions. La résultante de ce phénomène est que les régions se retrouvent de plus en plus contraintes d'accorder des petites dérogations et les hôpitaux mettent en place des stratégies pour attirer les médecins par exemple en leur proposant de les loger gratuitement pendant un an ou encore en leur proposant des primes. Un praticien nous a expliqué qu'un hôpital lui avait ainsi proposé la prime « Twingo » c'est-à-dire le médecin signe un contrat de « PH » et s'engage à rester cinq

⁴⁸ Extrait de l'entretien avec Monsieur Frédéric Crelot, Adjoint des cadres hospitaliers en charge des affaires médicales du CHNDS.

ans dans l'hôpital et en échange celui-ci lui donne l'équivalent d'une prime de la valeur d'une voiture Twingo.

Le manque de médecins dans les hôpitaux français a donc progressivement entraîné le système de santé français dans une logique totalement contradictoire. Nous sommes là au cœur d'une nouvelle problématique du système de santé français. En effet, des médecins, qui sont recrutés « par défaut », souvent considérés comme des « bouche-trous », soumis à une réglementation spécifique, mais dont la place est devenue tellement capitale au sein de nombreux hôpitaux, se retrouvent à jouer de cette course au recrutement entre les hôpitaux et entre les régions pour obtenir des statuts et des salaires plus avantageux et parfois même des écarts aux lois qui leur sont spécifiques.

In fine, les praticiens diplômés hors UE, bien qu'il existe toujours une sorte de méfiance vis-à-vis de la qualité de leur diplôme, ont aujourd'hui une place tellement indispensable dans le bon fonctionnement du système de santé français que des hôpitaux sont prêts à être conciliants et parfois même à ne pas respecter la législation pour les attirer dans leurs services.

En fin de compte, nous pouvons dire que c'est l'articulation de nombreux éléments, comme la localisation ou encore la structure de l'établissement, qui a orienté notre choix de mener notre recherche au sein du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Les médecins diplômés hors UE représentant plus du tiers des praticiens employés dans cet hôpital, le fait qu'ils sont répartis dans de nombreux services, que la présence de certains est ancienne dans le sens où elle remonte avant la fusion des trois sites de l'hôpital, mais également le fait que l'hôpital a instauré une politique très spécifique à l'égard de ces médecins, nous a fait émettre l'hypothèse que nous trouverions une grande variété de projets et de parcours différents parmi les PADHUE de cet hôpital.

Conclusion de la deuxième partie.

Le choix de prendre le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres comme terrain de recherche pour notre étude nous a paru pertinent dans la mesure où, cet hôpital, qui ne pourrait pas faire fonctionner de nombreux services sans les PADHUE, est particulièrement représentatif de la « désertification médicale » française. En effet, cet hôpital fait non seulement face à de gros problèmes de recrutement à cause de l'évolution de la démographie médicale française mais également à cause de sa situation géographique, de sa structure et de son organisation qui sont très spécifiques. Il nous a donc semblé intéressant de chercher à savoir pourquoi et comment quarante-quatre médecins diplômés du monde entier sont venus exercer dans un centre hospitalier situé dans la campagne du Nord-Deux-Sèvres « *au milieu de nulle part.* » (D11). Nous allons maintenant exposer, dans une dernière partie, les résultats obtenus par le biais de l'enquête biographique que nous avons menée auprès de vingt PADHUE exerçant dans le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Nous allons voir que celle-ci nous a permis de décrypter les parcours et les projets migratoires de ces médecins, d'extraire

des profils communs, des parcours atypiques mais aussi d'analyser les opportunités et les stratégies adoptées par ces migrants hautement qualifiés.

Partie 3/ Des projets migratoires à la construction des parcours des médecins diplômés hors UE.

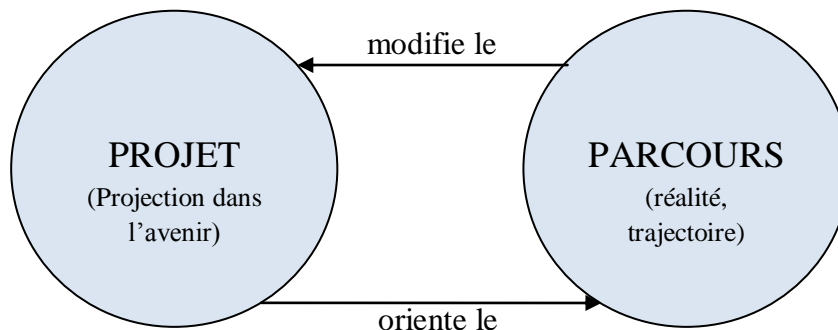
« *Chaque homme est semblable à tout autre, semblable à quelques autres, semblable à nul autre.* »

Clyde Kluckhohn, anthropologue américain, (1905-1960).

Introduction.

A travers cette dernière partie, nous allons présenter l'ensemble des résultats issus de notre enquête biographique réalisée auprès des médecins diplômés hors UE exerçant au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Il convient d'abord de rappeler la distinction que nous faisons entre la notion de projet et celle de parcours. Nous voyons le projet 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 potentiellement orienter sa vie. Nous verrons donc que la notion de projet est évolutive car sans cesse remise en question en fonction des événements de la vie de l'individu. Le parcours, quant à lui, est le résultat de l'articulation de ce projet, sans cesse redéfini avec les différents événements (professionnels, familiaux...) auxquels a été confrontée la personne. Pour les médecins, il s'agit donc de la trajectoire et des événements intervenus dans leur biographie comme par exemple les différents établissements dans lesquels ils ont travaillé. La différence entre ces deux termes c'est que le projet relève de l'ordre des représentations et des idéaux, alors que le parcours relève du concret, des faits tels qu'ils ont été vécus et expérimentés.

Schéma 3 : Distinction et liens entre les notions de projet et de parcours.



De par l'analyse et la comparaison des biographies des médecins diplômés hors UE, nous avons ainsi cherché à définir les similarités et les particularités de leurs projets et parcours en France. Ce travail nous a permis d'extraire les éléments, de différents ordres (familial, relationnel...), qui ont orienté et/ou fait évoluer les projets et parcours de ces médecins jusqu'au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Toutefois, il est essentiel de préciser que l'ensemble des résultats que nous allons exposer sont intégralement basés sur notre échantillon d'enquêtés qui concernent vingt praticiens de l'hôpital.

Tableau 9 : Pays de naissance et sexe des praticiens enquêtés.

Pays de naissance	Homme	Femme	Total
Algérie	1	1	2
France	1	0	1
Liban	2	1	3
Madagascar	3	1	4
Maroc	7	0	7
Niger	1	0	1
Tunisie	1	0	1
Syrie	1	0	1
TOTAL ENQUETES	17	3	20

Le tableau 9 représente les pays de naissance, et non pas les pays d'obtention du diplôme de médecine, des hommes et des femmes que nous avons interrogé. Ce point est important puisque deux des médecins enquêtés n'ont pas obtenu leur diplôme dans leur pays de naissance. La femme née au Liban est diplômée de l'Etat Tunisien et l'homme né en France est diplômé de l'Etat syrien, ce qui explique qu'il soit considéré comme un PADHUE. La faible proportion de femmes enquêtées s'explique par le fait que seules sept femmes diplômées hors UE travaillent à l'hôpital mais également par le manque de disponibilité de celles-ci qui souvent doivent allier le travail à l'hôpital et la garde et/ou l'éducation de leurs enfants. Toutefois, le faible nombre de femmes enquêtées est également un choix volontaire car nous avons cherché à d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible de l'ensemble des PADHUE de l'hôpital. En effet, même si nous avons dû adapter nos prises de rendez-vous avec les disponibilités des médecins, nous avons cherché à construire notre échantillon de sorte que celui-ci reflète au mieux l'intégralité du groupe des médecins diplômés hors UE en nous basant sur différents critères comme le sexe, le pays de naissance, le statut ou encore sur la durée des fonctions à l'hôpital. Ainsi, par exemple, sachant que l'hôpital emploie dix-huit médecins ayant l'autorisation d'exercice et vingt-six qui ne la possèdent pas, nous avons cherché à rencontrer un plus grand nombre de médecins n'ayant pas le plein exercice (voir le tableau 10). Les particularités de l'échantillon, comme les nationalités ou les situations

familiales et résidentielles, sont détaillées dans un synopsis des médecins enquêtés visible en annexe 1.

Tableau 10 : Répartition par sexe des praticiens enquêtés qui possèdent ou non l'autorisation d'exercice.

	Homme	Femme	Total
Avec autorisation d'exercice	6	0	6
Sans autorisation d'exercice	11	3	14
TOTAL ENQUETES	17	3	20

Dans cette troisième partie, nous allons dans un premier temps nous concentrer sur les projets des médecins au moment où ils ont quitté leur pays d'origine, sur les facteurs qui ont fait qu'ils ont choisi de venir en France et les raisons qui font que certains ont décidé d'y faire carrière alors que d'autres envisagent de partir. Dans un second temps, Nous nous arrêterons sur le fait que l'évolution de la législation a dessiné quelques profils communs et nous nous pencherons sur les différentes stratégies mises en place par les médecins pour intégrer le système de santé ainsi que sur les facteurs plus spécifiques à chaque individu qui les ont orienté jusqu'au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Afin d'illustrer nos propos, nous finirons cette sous-partie par la présentation de deux parcours que nous considérons comme atypiques.

A/ Les projets personnels : entre imaginaire et réalité.

L'analyse des projets des médecins au moment de leur venue en France, des éléments qui ont orienté leurs carrières professionnelles et de la manière dont ils envisagent leur avenir nous amène à faire un va et vient permanent entre l'imaginaire de ces migrants hautement qualifiés et les réalités qu'ils ont rencontrés en migration. Nous allons voir que, face à de nombreux facteurs qui ont déconstruit, modifié et orienté sans cesse leurs projets initiaux, l'imaginaire conserve une place centrale puisque les médecins adaptent leurs projets au gré des différents événements. Nous verrons même que quelques médecins continuent à croire à une certaine réalisation de leurs projets initiaux en projetant toujours leur éventuel retour au pays d'origine dans un avenir plus ou moins lointain.

1/ Les projets initiaux.

Lors de nos entretiens avec les médecins, nous avons systématiquement cherché à savoir pour quelles raisons ils avaient choisi de venir en France mais également quels étaient leurs projets « initiaux » c'est-à-dire quel projet ils avaient envisagé au moment de quitter leur pays. Sur les vingt médecins que nous avons rencontrés, seuls quatre d'entre eux sont venus en France avec comme idée de rester y vivre sur le long terme. Nous allons donc dans un premier temps analyser les motivations et les contraintes qui ont poussé ces médecins à venir en France.

a/ Le choix de la destination : la France.

- **La langue Française et les liens historiques.**

La majorité des médecins nous ont déclaré avoir choisi la France pour la simple et bonne raison qu'ils parlent le français. La plupart d'entre eux nous ont expliqué qu'ils ne parlent pas l'anglais donc, par souci de facilité, ils se sont orientés vers la France. En effet, sur les vingt médecins que nous avons rencontrés un seul ne parlait pas le français avant de venir en France. Le second argument qui revenait le plus souvent concerne les liens forts entre leurs pays d'origine et la France.

« La plupart de mes amis sont partis aux Etats-Unis, mais moi parlant français et avec les liens, je suis venu ici. » (D4).

La majeure partie des médecins diplômés hors UE, étant originaires de pays faisant partie de l'ex-empire colonial français, nous ont expliqué que la France était à leurs yeux une destination « privilégiée » en raison des liens qui perdurent entre les pays. Par exemple, les médecins marocains, algériens et nigériens nous ont raconté que la médecine leur avait été enseignée majoritairement par des professeurs français en langue française. Cet enseignement a eu pour conséquence d'influencer le choix de la destination puisque, en venant en France, ces praticiens savaient qu'ils trouveraient une pratique de la médecine proche de celle de leur pays d'origine, voir similaire dans la théorie. Pour les médecins originaires du Madagascar,

c'est un peu différent dans le sens où il existe encore aujourd'hui des conventions entre l'université d'Antananarivo et les universités de Bordeaux et Strasbourg. En fait, tout étudiant en médecine au Madagascar qui fait une spécialité est obligé de venir faire une année en France dans l'une de ces deux universités en fonction de la spécialité choisie. Cette année obligatoire en France doit donc influencer quelques praticiens dans leur choix de revenir en France après avoir obtenu leur diplôme de médecine.

- **Les réseaux**

Au-delà de la langue et des liens, les réseaux ont aussi clairement orienté le choix de la destination. Beaucoup de médecins, qu'ils soient libanais ou maghrébins, nous ont dit être venus en France pour rejoindre de la famille ou des amis. Ces réseaux ont donc non seulement influencé sur le désir de venir en France mais aussi sur le choix de la ville d'arrivée.

« J'avais un compatriote qui faisait une prépa à Strasbourg donc c'est ce qui a motivé un peu mon départ en France. » (D3).

Pour beaucoup, rejoindre un ami ou un membre de la famille a pu leur permettre une meilleure installation car ils avaient dans un premier temps, un pied à terre, un logement, des gens pour les guider et les orienter et même parfois une aide financière de la part de la famille déjà installée. Nous avons pu remarquer que, le plus souvent, les réseaux familiaux aident dans l'installation dans le pays d'accueil et dans la vie de tous les jours alors que les réseaux amicaux influencent plus dans l'intégration du corps médical. Ainsi, le médecin d'origine libanaise⁴⁹ nous a expliqué qu'un ami, également médecin et ayant migré quelques années auparavant, lui a organisé sa venue en France et lui a trouvé une place dans un hôpital. Les réseaux sont donc un facteur important à prendre en compte non seulement dans le choix du pays, dans le choix de la ville mais aussi celui de l'hôpital. Nous verrons d'ailleurs que les médecins qui bénéficient de ces réseaux ont eu des parcours plus « simples » que ceux qui n'en avaient pas.

- **Un système de santé renommé.**

Le dernier facteur énoncé par les médecins est la renommée mondiale du système de santé français. Selon eux, ce système est reconnu comme étant un des meilleurs existant donc le fait de venir y participer ne pouvait être que bénéfique pour eux. Nombreux sont les médecins à être venus dans l'objectif d'approfondir leurs connaissances, de connaître un système de santé différent de celui de leur pays d'origine mais aussi d'avoir la possibilité de travailler dans des conditions et avec du matériel que, pour certains, leurs pays ne possèdent pas. Ainsi, nous allons voir que beaucoup de médecins comptaient venir en France quelques années pour faire une spécialité et acquérir une certaine expérience avant de retourner s'installer dans leur pays d'origine.

⁴⁹ La retranscription de l'entretien avec ce médecin est visible en annexe 5.

b/ La volonté de faire une spécialité puis de repartir dans leur pays d'origine.

Neuf des vingt médecins, que nous avons rencontrés, avaient comme projet « initial » de venir faire une spécialité ou l'internat en France puis de repartir dans leur pays. Ce cas de figure concerne presque exclusivement les médecins originaires du Maghreb. Les raisons de ce choix étaient souvent multiples. Il s'agissait, la plupart du temps, d'une volonté d'allier un voyage en France à une formation qui leur serait bénéfique lors de leur retour. Après, en moyenne, huit années d'études de médecine, les médecins désiraient quitter leur pays pour aller voir comment était la vie et le système de santé en France. C'était donc un moyen pour eux de partir tout en continuant leurs études dans de meilleures conditions.

« Au Maroc, il y avait souvent des pannes d'échographes et ça traîne [...] quand on n'a pas accès convenablement au matériel, j'aurai considéré ça comme une formation ratée. » (D17).

L'argument d'un enseignement plus performant en raison de la modernité et de la qualité du matériel en France est revenu régulièrement durant nos entretiens. La plupart des praticiens nous ont dit qu'ils auraient pu faire la spécialité qu'ils envisageaient dans leur pays mais qu'ils préféreraient la faire en France pour le matériel, les conditions, l'expérience, mais aussi pour acquérir une autre vision de la médecine.

C'est donc l'articulation d'un ensemble d'éléments qui a donné envie à ces médecins, principalement maghrébins, de venir suivre quelques années d'études en France.

c/ Fuir la guerre, des conflits ou des gouvernements.

Un tout autre profil, que nous avons rencontré, fut celui des médecins qui sont venus parce qu'ils ont fui la guerre, des instabilités politiques ou parce qu'ils se sont retrouvés en désaccord avec un gouvernement ou une administration. Toutefois, il est important de préciser qu'aucun des médecins, avec qui nous nous sommes entretenus, ne possèdent le statut de réfugié et ils ne l'ont jamais demandé. Nous avons su qu'un médecin de l'hôpital, originaire de Colombie, possède actuellement le statut de réfugié, or, il nous a été impossible de le rencontrer car il était indisponible durant notre travail de terrain.

Ainsi, parmi les praticiens que nous avons rencontrés, les trois médecins libanais nous ont dit avoir quitté leur pays en quelque sorte « par obligation ».

« La guerre en 2006 c'était très dur, j'ai travaillé, j'ai commencé à travailler à l'université là-bas mais ce n'était pas possible donc j'ai dit je vais en France, c'est fini. [...] Ce n'est pas facile de supporter les conflits c'est à dire humilié, épuisé, fatigué, dépressif, la guerre, les religions, les bombardements. » (D16).

Pour ce médecin, le conflit de 2006 fut l'élément déclencheur de sa venue en France. Pour les deux autres Libanais, l'une a quitté le pays en 1995 pour aller faire ces études en Tunisie parce que « c'était un moyen de pouvoir souffler » (D6) car le pays sortait juste de la guerre et qu'elle voulait quitter la pression sociale et politique alors que le second est venu en France

parce qu'il est très difficile de s'installer au Liban en raison du « milieu médical qui est très mafieux » (D6). Nous avons également vu un praticien syrien qui nous a avoué avoir souhaité quitter son pays parce qu'il était en désaccord avec le type de gouvernement en place. Selon ces dires, il était nécessaire qu'il parte car « J'avais des proches qui étaient emprisonnés et j'avais pas envie de terminer comme eux. » Enfin les deux derniers cas de figure, que nous avons vus, relèvent du refus d'accomplir des actes imposés par des gouvernements. Le premier est un médecin nigérien qui a quitté le Niger car il était affecté dans un district sanitaire en zone désertique où il a refusé de prendre le poste car il souhaitait rester à Niamey. Le dernier est un médecin Marocain qui, en plus du fait qu'il souhaitait venir en France depuis de nombreuses années, devait aller faire son service militaire dans les hôpitaux du Sud du Maroc s'il soutenait sa thèse.

« Il fallait adhérer à 100% au Sahara Marocain et en plus on était un peu dans la guerre. Alors que moi je n'étais pas dans cette idée là et c'est pour ça que je n'ai pas voulu soutenir. » (D14).

Ce médecin s'est donc rendu en France en 1985 où il a travaillé avec son instance de thèse jusqu'en 1993, moment où il est reparti soutenir car, à ce moment là, il n'y avait plus l'obligation de service militaire.

Ainsi, on peut constater que le départ, de certains de ces migrants hautement qualifiés, est lié à des situations d'instabilité politique ou à des désaccords avec certains gouvernements qui les ont contraints à quitter leur pays. La migration en France s'est donc révélée pour eux être un moyen et une opportunité de pouvoir continuer à pratiquer leur métier. Or, nous avons pu constater que la plupart de ces médecins ne demandent pas le statut de réfugié à leur arrivée en France, où parce qu'ils ne considèrent pas leur situation propice à une telle demande, ou parce qu'ils ne veulent pas définitivement rompre les liens avec leur pays d'origine.

« J'étais pas engagé politiquement mais 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 je n'avais pas de raisons de faire ce choix là. » (D7).

Toutefois, il existe en France une association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés (APSR), situé à l'hôpital Sainte Anne à Paris, qui s'occupe d'orienter et d'aider les personnes à accéder à une profession ou à une formation à l'égale de celle qu'elles avaient dans leurs pays d'origine. Les médecins qui obtiennent le statut de réfugié ont alors la possibilité de passer l'examen de la procédure « PAE » sur la liste B qui n'est pas soumise au quota. Cet examen qui est réservé aux réfugiés, aux apatrides, aux bénéficiaires de l'asile territorial, de la protection subsidiaire et aux français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises, leur permet d'intégrer plus rapidement le corps médical français. En 2009, le fait que trente-neuf médecins se soient inscrits en liste B montre que très peu de médecins possèdent le statut de réfugié. A ce sujet, nous pensons qu'il serait particulièrement intéressant de pouvoir rencontrer des médecins-réfugiés dans nos futures recherches en raison de la spécificité de la procédure d'autorisation à leur égard mais aussi

parce que ces médecins semblent avoir des profils très différents des autres PADHUE en raison de leur pays de provenance. En 2009, les pays les plus représentés en liste B étaient la République démocratique du Congo avec seize inscrits et le Congo avec huit inscrits.

d/ Les projets des femmes.

Il est particulièrement intéressant de constater que les deux points précédents concernent presque exclusivement des hommes et qu'au contraire les femmes sont venues en France pour des raisons beaucoup plus spécifiques. En effet, parmi les trois femmes que nous avons rencontrées, deux d'entre elles sont venues pour rejoindre un homme et se marier. La première est une algérienne qui, alors qu'elle exerçait son métier depuis cinq ans dans son pays, a rencontré un homme « *au bled* » (D20), un français d'origine algérienne. Celui-ci l'a demandé en mariage et lui a imposé la condition de venir vivre en France. C'est ainsi que cette femme a choisi de faire basculer sa vie en moins de deux mois et de partir vivre dans un pays où elle n'était jamais allée. La seconde est la femme libanaise dont nous parlions précédemment. Celle-ci a eu un parcours migratoire tout à fait intéressant puisque après avoir migré en Tunisie, elle est partie travailler en Côte d'Ivoire. Durant cette période, où elle se rendait de temps en temps en France pour voyager ou pour des conférences, elle a rencontré un français avec qui elle a commencé à construire une relation. En 2004, lors des événements en Côte d'Ivoire, elle perd son cabinet et décide alors de rentrer au Liban et se fut finalement deux ans plus tard qu'elle décida d'aller s'installer en France pour rejoindre son futur mari. La dernière femme, avec qui nous sommes entretenus, a décidé de quitter son pays pour son fils. Celui-ci ayant des problèmes de santé ne pouvant être soignés au Madagascar, elle a choisi de venir en France pour que son enfant puisse intégrer une structure adaptée. Toutefois, elle n'est pas la seule à être venue pour des soucis de santé d'un membre de sa famille puisque un autre médecin malgache est venu en France parce que sa femme avait des difficultés à avoir des enfants et qu'il savait qu'en France il existait des techniques qui leur permettraient de pouvoir procréer. Cependant, n'étant pas en mesure de pouvoir affirmer la spécificité du parcours des femmes-médecins diplômés hors UE en raison de notre trop petit nombre d'enquêtées, nous émettons l'hypothèse que les projets et parcours des hommes et des femmes sont différents et il nous faudra faire une entrée par le genre dans nos prochaines études, le temps et les effectifs ayant manqué lors de ce terrain.

A travers cette brève présentation des projets « initiaux » des PADHUE que nous avons rencontré, on constate que les facteurs de départ et de destination sont multiples (en raison du sexe, du pays d'origine ou encore de l'âge des enquêtés) et que c'est souvent l'emboîtement de ceux-ci qui ont construit le projet de migrer en France ainsi que les objectifs envisagés dans le pays d'accueil. Toutefois, au-delà du fait que nous avons distingué des similitudes dans les projets de certains médecins, il existe quelque cas atypiques puisque deux praticiens nous ont expliqué être venus en France en touriste, sans aucune intention de projet, ni de rester, et que c'est un événement particulier qui les a fait rester. Or, de manière générale, on constate que les projets sont souvent proches selon les pays d'origine mais aussi selon le sexe des médecins. Par exemple, les médecins maghrébins sont souvent venus avec l'envie de découvrir la France et dans un objectif de court terme alors que les médecins issus de pays du

Moyen-Orient ont plus souvent migré afin de pouvoir quitter des pays instables ou des gouvernements « autoritaires ». Enfin, nous avons pu remarquer que les femmes sont venues avec des objectifs moins individuels et plus précis que les hommes puisque le fait de se marier ou l'hospitalisation d'un proche se sont révélés ici être des choix d'installation sur le long terme. L'intérêt de présenter des projets « initiaux » de médecins permet ainsi de démontrer que s'en tenir à des facteurs pull et push, pour expliquer les migrations de ces migrants hautement qualifiés, est une vision beaucoup trop restreinte et faussée car il semble évident que ce ne sont pas des motivations proprement économiques qui sont le moteur fondamental de ces migrations. Si ces médecins diplômés hors UE étaient dans une logique cause/conséquence cela voudrait dire qu'ils ont choisi de migrer en connaissant les tenants et les aboutissants, les opportunités et les contraintes que leur offre le pays de destination. Or, nous allons voir que très peu de médecins étaient informés sur le système de santé français avant leur départ comme par exemple sur le fait que leur diplôme de médecine ne serait pas reconnu.

2/ Une certaine désillusion du système français.

Nous nous sommes aperçus que beaucoup de médecins, en particulier les plus âgés principalement issus du Maghreb, avaient une vision assez idéalisée de la France avant de venir.

« 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... » (D4).

Nous avons régulièrement entendu ce type de propos. De nombreux PADHUE nous ont avoué être déçus par la France, par « *un pays qui clame la liberté, l'égalité et la fraternité.* » (D7). Il est donc manifeste que l'imaginaire migratoire (Simon, 2008) a influencé une partie des médecins dans leur décision de partir en France. Or, nous allons voir que la majorité d'entre eux se sont retrouvés face à une certaine désillusion lorsqu'ils ont cherché à intégrer le système de santé français.

a/ La découverte de la non-reconnaissance des diplômes.

Treize des médecins -avec qui nous nous sommes entretenus- nous ont affirmé ne pas du tout avoir été informés que leur diplôme ne serait pas reconnu lorsqu'ils sont arrivés en France. C'est donc une fois sur place qu'ils ont du s'adapter au système. Les plus âgés ont ainsi commencé à exercer le plus souvent en gardant à l'esprit qu'ils allaient repartir car ils ne pensaient pas qu'un jour ils puissent faire reconnaître leur diplôme et ceux arrivés récemment ont pris connaissance des démarches à suivre pour obtenir l'autorisation d'exercice. Cette non-reconnaissance fût, non seulement, une découverte mais également un étonnement voir une stupéfaction pour certains.

« Pour vous dire, quand je suis arrivé en France 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. Ils

m'ont dit : « D'où venez-vous ? » Je leur ai dit que je venais du Maroc et que j'avais un diplôme marocain et là ils m'ont dit « Oulala, doucement, doucement »...C'est là que j'ai compris que ça allait être très compliqué. » (D12).

En fait, la plupart des médecins n'ont pas cherché à se renseigner sur les conditions d'exercice en France avant de migrer car, pour eux, c'était une évidence qu'ils puissent exercer. Partant du principe, comme nous l'expliquions précédemment, que la médecine leur avait été enseignée majoritairement par des français, pour les médecins issus de pays de l'ex-empire colonial français, ils leur apparaissaient logique que leur diplôme soit reconnu. L'extrait d'entretien suivant illustre parfaitement l'alliance d'une découverte à une incompréhension :

« Je n'avais aucune idée de comment ça se passait ici donc quand je suis arrivée je pensais que je pouvais tout simplement faire ma demande d'autant plus qu'en Tunisie nos professeurs étaient en grande partie français puis après j'ai exercé en Côte d'Ivoire où jusqu'en 1986 je pense les diplômes étaient reconnus par la France...mais malheureusement ça je ne l'ai su que trop tard. » (D6).

Pour les médecins qui étaient informés de ce système de reconnaissance, nous avons rencontré trois profils différents :

- Ceux qui comptaient de toute façon retourner dans leur pays et donc qui ne pensaient pas un jour avoir besoin de faire reconnaître leur diplôme.

-Ceux qui ont été contraints de quitter leur pays en raison de conflits ou d'opinions politiques et qui donc voyaient la reconnaissance comme un élément secondaire.

-Ceux qui souhaitaient venir exercer en France même s'il fallait repasser des concours, (le cas le moins fréquent).

Finalement, qu'ils aient été informés ou non du système français, presque tous les médecins (dix-huit sur vingt) nous ont exprimé leur sentiment d'injustice face à cette non-reconnaissance des diplômes.

« Il y a un peu d'injustice parce que rien qu'en voyant, si on prend un exemple tout simple : la Roumanie, en 2007 c'était un pays qui ne faisait pas parti 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 de changé. Ça ne veut rien dire. Un diplôme il vaut ce qu'il vaut, où il est reconnu depuis toujours ou il ne l'ait pas. » (D10).

Durant nos entretiens de nombreux médecins ont exprimé clairement leur mécontentement vis-à-vis de la reconnaissance des diplômes des nouveaux pays membres de l'UE. Ces médecins nous ont dit ne pas trouver normal que certains médecins européens qui ne parlent pas le français puissent quand même s'inscrire au conseil de l'ordre des médecins. Or, au-delà de ce sentiment d'inégalité vis-à-vis de leurs confrères membres de pays de l'UE, nous avons remarqué que d'autres éléments ont progressivement forgé des déceptions et des regrets chez une partie de ces médecins.

b/ Le sentiment de devoir justifier ses compétences.

Même si ce n'est pas l'avis de l'ensemble des praticiens que nous avons rencontrés, nombreux sont ceux qui nous ont dit ressentir le besoin de justifier leurs compétences de manière permanente, même après l'obtention de l'autorisation d'exercice.

« Moi personnellement je dois me justifier en permanence, je dois être plus bardé de diplômes que les autres. 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 de tout ça parce qu'il faut se justifier tout le temps. 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...c'est horrible de passer votre vie à vivre comme ça. » (D4).

Nous avons pu effectivement constater que, parmi les PADHUE enquêtés, la majorité possède un nombre assez considérable de diplômes. Ce constat engendre de nombreuses interrogations: Le système de santé serait-il plus exigeant envers ces médecins que ceux diplômés en France ? Existerait-il toujours une sorte de méfiance, de la part des administrations hospitalières et/ou de médecins diplômés en France, vis-à-vis de la qualité du diplôme de médecine de ces praticiens qui les pousseraient à obtenir de nombreux diplômes (DU⁵⁰, capacités...) pour compenser une image négative et des idées reçues ? Il aurait été ici particulièrement intéressant de pouvoir comparer le nombre de diplômes obtenus par les médecins diplômés hors EU et ceux diplômés en France afin de pouvoir confirmer ou non cette hypothèse.

c/ L'effondrement d'un imaginaire idéologique.

Les enquêtés nous ont souvent avoué repartir régulièrement en vacances dans leur pays d'origine, quelques uns ont même tenté l'expérience de rentrer s'installer et, la majeure partie d'entre eux projettent d'y retourner lorsqu'ils seront à la retraite. Nous avons cependant cherché à savoir s'il n'existait pas d'autres raisons en dehors de la nostalgie du pays. Nous les avons alors questionnés sur leurs rapports avec les administrations, avec leurs collègues, avec les patients mais également sur les raisons d'éventuels regrets. La réponse que nous avons principalement obtenue est que ces médecins ne se sentent pas réellement reconnus par le système dans le sens où très peu se sentent considérés par les administrations qui, selon eux, les considèrent toujours comme des « bouche-trous » (D20). En ce qui concerne les rapports avec leurs collègues à diplôme français et avec les patients, presque tous ont été un jour confrontés à des propos ou des actes que l'on peut qualifier de racistes. Des médecins nous ont même raconté des anecdotes de leur vie de tous les jours comme des contrôles « excessifs » de la police où encore des refus de locations d'appartements. Or, les décalages entre l'imaginaire et la réalité d'un quotidien pesant, a pu faire naître chez certains praticiens une sorte de lassitude voir même parfois un certain sentiment de mal-être à vivre en France. Comme beaucoup de migrants, des médecins ont l'impression de ne pas être totalement

⁵⁰ Diplôme universitaire.

intégrés par le système, parfois même après dix ou quinze ans d'exercice en France. Nous avons retenu quelques propos qui illustrent ces sentiments :

« Etre ici, moi je vous dis c'est un véritable déchirement. Je suis complètement déracinée. » (D20), « En fait je suis entre deux rives, je suis ni ici, ni là-bas. Je me dis que mes enfants seront peut être mieux que moi mais moi je suis mal dans ma peau ici et en Algérie. Ici on m'appelle l'étranger, je suis étranger même quand on parle de nous à des réunions [...] et quand je rentre en Algérie je suis l'émigré, je ne suis plus l'Algérien et donc du coup je ne sais plus. On est tous en crise d'identité, on ne sait plus. » (D4).

Ces propos ne sont pas à généraliser à l'ensemble des PADHUE car la plupart d'entre eux, bien qu'ils soient nostalgiques et apprécient particulièrement rentrer dans leur pays d'origine de manière occasionnelle, se disent satisfaits de leur vie en France. Toutefois, quelque soit leur manière de vivre leur migration, nous avons perçu que l'image idéalisée qu'ils s'étaient forgés de la France avant de migrer s'est progressivement déconstruite au fil des expériences et des années, leur laissant parfois penser que leur vie se serait construite différemment s'ils avaient su à l'avance comment allait se passer leur parcours.

d/ Des parcours qu'ils ne referaient pas.

Lorsque nous avons demandé aux enquêtés de faire un bilan de leur parcours, nous avons obtenu deux types de réponse. Une première, de la part des médecins qui sont en début de carrière et/ou qui n'ont pas encore obtenu la plénitude d'exercice, qui consiste à dire qu'il est trop tôt pour pouvoir établir un bilan. La deuxième concerne les praticiens possédant l'autorisation d'exercice et/ ou étant en France depuis de nombreuses années. Ces praticiens éprouvent généralement un véritable sentiment de fierté à être arrivés à faire ce qu'ils ont fait aujourd'hui.

« Oui je suis fier, honnêtement je suis fier de moi parce que, malgré tous les obstacles, je suis arrivé à m'en sortir. » (D2).

En effet, tous ceux qui ont su dépasser et surmonter les difficultés et qui aujourd'hui ont un poste stable, bien rémunéré, éprouve un réel sentiment de satisfaction vis-à-vis de leur parcours. Par contre, lorsque nous leur demandions, par la suite, s'ils referaient leur parcours, les réponses furent, pour le moins, totalement opposées. Bien qu'ils soient fiers de ce qu'ils ont fait, la grande majorité des médecins reconnaissent qu'ils ne seraient pas venus en France s'ils avaient su les obstacles et les difficultés qu'ils allaient rencontrer. Après s'être remémorés les statuts précaires, l'instabilité, la distance avec la famille (parfois restée au pays), la réponse des PADHUE fut presque unanime dans le sens où ils ne referaient pas la même chose. Certains nous ont avoué qu'ils seraient sûrement quand même partis mais dans d'autres pays comme le Canada, les Etats-Unis ou l'Allemagne où ils leur semblent plus facile et plus rapide de pouvoir intégrer les systèmes de santé. Toutefois, nous pensons que les déceptions rencontrées en France par ces médecins les poussent à idéaliser les systèmes d'autres pays :

« Ca reste une idée en tête mais je pense que je n'aurais pas été aussi déçu que quand je suis venu en France si j'avais été dans d'autres pays européens, comme l'Allemagne par exemple [...] Mais finalement non, je pense que personne ne peut dire que c'est mieux ailleurs sans y être allé. Je pense qu'il est facile de critiquer le système dans lequel on est et de dire que les autres sont mieux. Chaque système a des avantages et des inconvénients. » (D1).

En effet, il existe des systèmes, comme par exemple au Canada, où les médecins « étrangers » obtiennent plus rapidement la plénitude d'exercice qu'en France. Or, nous pouvons nous demander si dans ces systèmes il n'existe pas d'autres formes de précarité ou de contrainte envers ces médecins. Nous pensons donc qu'il serait intéressant de pouvoir mener une étude comparative sur la situation des médecins diplômés à l'étranger au sein des systèmes de santé de différents pays.

Nous venons de voir que les projets et l'image de la France que les médecins diplômés hors UE s'étaient imaginés avant leur départ ont été presque systématiquement modifiés et reconstruits dès leur arrivée en France. En effet, ces hommes et ces femmes se sont souvent retrouvés confrontés à une réalité sociale parfois pesante et à un système de santé complexe, qu'ils ignoraient avant de partir. Ainsi nous sommes donc bien loin des modèles de type déterministes qui voient les migrants hautement qualifiés comme des acteurs qui auraient jugé les pour et les contres de la migration, les avantages et les inconvénients afin de pouvoir tirer un maximum de bénéfices. Loin d'être des migrations calculées dans le seul but de gagner de l'argent, ces migrations sont un mélange de choix et de contraintes. Or, nous avons expliqué que la majorité des médecins que nous avons rencontré se sont dit déçus lorsqu'ils ont découvert et intégré (ou tenté d'intégrer) le système de santé français. Ce constat peut paraître alors contradictoire puisque nous avons expliqué que beaucoup de médecins sont venus en France avec l'objectif de partir s'y installer, qu'ils ont été déçus par le système et pourtant ils sont encore là aujourd'hui. Nous avons ainsi cherché à connaître les éléments qui ont déterminé l'installation de certains et les éléments qui font que d'autres projettent de partir.

3/ Rester ou partir ?

Lorsque nous questionnions les médecins sur leurs parcours professionnels, nous leur demandions systématiquement les raisons pour lesquelles ils sont restés en France mais aussi quelles sont leurs projets futurs. Cela nous a permis de voir que l'idée de rester en France fut une décision qui s'est souvent construite au fil du temps et en raison d'un cumul de facteurs qui les ont incités à rester. Toutefois, nous allons montrer que certains ont fait le choix de retourner travailler dans leur pays d'origine mais sont finalement revenus pour de multiples raisons. Enfin, la plupart des praticiens envisagent de rentrer pour leur retraite ou de partager leur retraite entre la France et leur pays d'origine alors qu'une petite minorité souhaite et se destine à aller continuer leur carrière dans leur pays ou dans un autre pays.

a/ Les raisons de l'installation en France.

Pour les médecins ayant quitté leur pays en raison de problèmes de santé d'un membre de leur famille, de conflits ou de désaccords avec un gouvernement, le projet de rester en France était envisagé et pensé dès le départ sur une période assez longue. Nous nous intéresserons ici plus particulièrement aux médecins, principalement originaires de pays du Maghreb, qui étaient venus avec l'idée de repartir au bout de quelques années. Excepté un seul médecin qui nous a dit avoir pris la décision de rester en France au bout de deux ans parce qu'il se plaît beaucoup ici et parce qu'il dit aujourd'hui se sentir plus français que marocain, nous avons pu constater que pour tous les autres, cette décision s'est prise au fil des années et des événements. En effet, la majorité des praticiens n'ont pas décidé à un moment précis de rester en France, c'est plutôt un enchaînement d'événements d'année en année qui a déterminé cette installation et a progressivement éloigné l'idée de rentrer au pays.

- **Le mariage.**

Pour les hommes, la principale raison d'un premier prolongement du séjour, par rapport au projet « initial », fut la rencontre d'une femme ou un mariage. Sept enquêtés nous ont dit être restés en France en raison d'une rencontre. Pour cinq de ces médecins, le mariage a été le facteur central d'une certaine prise de distance avec le projet, sans pour autant totalement l'abandonner. Par contre les deux autres médecins avaient prévenu leur femme que le mariage ne remettrait pas en question leur choix de rentrer au Maroc. Ainsi ces médecins sont rentrés au Maroc quelques années avec leur femme et leurs enfants avant de finalement décider de revenir.

Ici, il est particulièrement intéressant de constater une nouvelle différence entre les hommes et les femmes. En effet, nous avons vu auparavant que deux femmes sont venues en France pour se marier alors qu'à l'inverse c'est un mariage qui a fait rester en France une grande partie des hommes.

- **Les enfants.**

Les enfants, pour six des personnes interrogées, sont une des raisons du retour en France ou du non-retour dans le pays d'origine. En effet, les médecins qui sont retournés dans leur pays ont décidé de rentrer en France pour la scolarisation de leurs enfants. Ils nous ont dit ne pas vouloir faire subir à leurs enfants les mêmes difficultés qu'ils ont rencontré à cause d'un diplôme qui ne serait peut être pas reconnu en France. Ainsi, ceux qui étaient rentrés dans leur pays sont revenus avant que leurs enfants soient en âge de rentrer à l'université.

« Dès que j'ai connu ma femme, je lui ai dit que j'allais rentrer et elle était d'accord pour partir. Et vraiment si on est revenu, c'est vraiment pour les enfants, moi c'est vraiment ça. Je pense que si je n'avais pas connu ma femme je ne serai pas resté ici, je serai rentré. » (D14).

D'autres n'ont pas souhaité rentrer, bien que l'envie fût toujours présente, devant les échecs de leurs confrères retournés au pays. Un médecin, que nous n'avons pas pu rencontrer mais dont le cas a été évoqué par un de ses confrères, a fini par rentrer en raison des grandes

difficultés scolaires rencontrées par ses enfants qui n'arrivaient pas à s'adapter à un système arabisé.

La famille est donc un élément essentiel amenant des médecins à remettre en question ou à reporter ultérieurement leur souhait personnel et leur projet initial.

- **L'obtention de l'autorisation d'exercice et de la nationalité.**

L'élément qui a le plus souvent totalement défini, fixé ou arrêté le projet de rentrer travailler dans le pays d'origine fût l'obtention de l'autorisation d'exercice et de la nationalité française.

« A 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'avais dit à ma femme on a deux choix soit on a la nationalité et dans ce cas on reste sinon on s'en va. » (D13).

En effet, de nombreux médecins nous ont dit avoir définitivement abandonné l'idée de repartir exercer dans le pays à partir du moment où ils ont obtenu l'autorisation d'exercice et par conséquent la nationalité, puisque jusqu'à la loi HPST celle-ci était obligatoire pour pouvoir s'inscrire à l'ordre. Avoir le plein exercice c'est avoir en mains la clé d'entrée du système de santé français. Rappelons qu'il faut en moyenne une dizaine d'années pour obtenir le plein exercice. Par conséquent lorsque les médecins obtiennent enfin la sécurité de l'emploi mais aussi une meilleure rémunération ou encore la possibilité d'investir qu'ils ont attendu et désiré pendant des années, ils envisagent de terminer leur carrière professionnelle en France.

- **Les difficultés à réintégrer le milieu médical du pays d'origine**

Les médecins nous ont également expliqué que plus le temps d'exercice en France est long, plus il est difficile de réintégrer le système de santé de leur pays d'origine.

« On a l'habitude d'une médecine avec beaucoup, beaucoup, d'examens et on a beaucoup de facilité à suivre un malade, faire des examens de laboratoire, de radiologie. On a beaucoup de facilités pour utiliser les nouvelles technologies autant sur le plan financier que sur le plan de l'organisation alors qu'au Maroc ça n'a rien à voir de tout ça parce que les gens payent de leur poche. Donc pour quelqu'un qui a exercé longtemps en France, retourner au Maroc et pratiquer la médecine comme il l'a connu c'est très difficile. » (D14).

Les médecins prennent un certain nombre d'habitudes lorsqu'ils exercent en France. Ils apprennent à travailler avec du matériel très pointu et surtout n'ont pas besoin de compter. Or, s'ils retournent dans leur pays, la plupart étant des pays beaucoup moins bien équipés et surtout ne possédant pas la sécurité sociale, ils doivent se mettre dans la logique qu'on leur avait appris à l'université. Mais, selon certains médecins il est beaucoup plus facile de s'adapter dans le sens pays d'origine/ France que dans le sens inverse.

Pour d'autres praticiens, ayant fait des spécialités spécifiques comme la radiologie, le projet de rentrer au pays a été abandonné à l'issue de leur formation car ils se sont rendus compte qu'il serait trop difficile et trop lourd d'investir et de monter un cabinet dans leur pays.

« Je ne pourrais me réintégrer dans mon propre pays dans le domaine de la santé. Je n'ai pas envie d'investir dans un cabinet privé avec tout ce qu'il peut y avoir comme risque parce que la population est plus pauvre et les moyens manquent et les systèmes ne sont pas généralisés[...] Les gens n'ont pas les moyens de payer les soins, payer une IRM⁵¹ à 3000 dirhams ça veut dire 300 euros donc plus qu'un SMIC⁵² donc les gens n'ont pas les moyens de payer une IRM. Ils se débrouillent à droite, à gauche pour décrocher ça mais pour la surveillance d'un cancer, ce n'est pas facile car faire un contrôle d'IRM tous les deux ou trois mois, c'est totalement impossible. » (D17).

Les raisons qui ont modifié le projet de nombreux médecins diplômés hors UE qui était de rentrer exercer dans leur pays d'origine sont de natures variées. Nous avons vu que majoritairement il ne s'agissait pas d'une prise de décision spontanée, d'un remaniement soudain du projet mais plutôt d'une lente modification qui s'est faite au fil des années et des événements familiaux, professionnels et/ou législatifs. En fait, c'est un cumul et un emboîtement de facteurs qui ont amené ces hommes et ces femmes à redéfinir leur projet petit à petit :

« Les projets changent parce que les rêves changent... » (D7).

Or, nous allons voir que le projet initial n'est jamais totalement abandonné dans le sens où au fur et à mesure que le temps passe et que ce projet ne semble plus réalisable, c'est l'imaginaire et les projets d'un avenir lointain qui prennent progressivement le relais.

b/ Les motivations au retour.

Quinze des vingt médecins que nous avons rencontré projettent de ne pas rester définitivement en France. Cinq envisagent toujours de retourner dans leur pays ou de partir dans un autre et les dix autres pensent rentrer lorsqu'ils seront en retraite. Or, nous allons voir que si certains préparent de manière concrète la mise en place de ces projets, pour d'autres ces projets sont plus du registre de l'imaginaire et de l'ordre de l'espoir du mieux-vivre ailleurs.

• La retraite dans le pays d'origine.

Parmi les enquêtés qui souhaitent partir lorsqu'ils seront à la retraite, tous avaient le projet initial de rentrer au pays après quelques années en France. Or, nous avons vu que de multiples événements les ont progressivement poussé à faire leur carrière professionnelle en France. Ainsi, nous pouvons voir le projet d'aller faire sa retraite dans son pays d'origine comme une sorte de remise à l'ordre du jour du projet de départ à un moment où celui-ci pourra être de

⁵¹ Imagerie par résonance magnétique.

⁵² Salaire minimum interprofessionnel de croissance.

nouveau réalisable. En fait, pour ces médecins, la retraite est souvent synonyme de la fin des obligations liées au travail mais c'est aussi un moment où les enfants seront suffisamment grands pour ne plus avoir besoin de leurs parents de manière permanente à leurs côtés.

« 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 j'appartiens à aucun pays, j'appartiens à là où je travaille, où je peux vivre et c'est tout. » (D18).

Ainsi, la retraite correspondrait à un épisode de leur vie où se lèveraient un certain nombre de facteurs qui indirectement les contraignaient à rester en France. C'est la raison pour laquelle, des médecins remettent à l'ordre du jour leur projet initial qui consistait à rentrer « chez eux ». Toutefois, quelques médecins nous ont dit ne pas vouloir définitivement quitter la France où ils ont créé de nombreuses attaches et où resteront sûrement leurs enfants, c'est pourquoi ils pensent vivre la moitié du temps dans leur pays d'origine et l'autre moitié en France.

Pour certains ces projets sont déjà bien pensés et s'organisent au fil des années. Cinq médecins nous ont dit déjà avoir fait construire une ou deux maisons dans les pays d'origine où ils vont actuellement pendant les vacances mais qui à terme devraient leur servir de résidences quasi-permanentes. Trois d'entre eux ont déjà commencé à investir dans des commerces familiaux ou dans des cliniques privées pour avoir une petite activité durant leur retraite. Quelques médecins commencent même déjà à penser à comment ils vont partager leur temps entre la France et leur pays en fonction du climat ou des vacances de leurs enfants. Pour d'autres, souvent plus jeunes, ces projets relèvent encore de l'imaginaire et ne sont que des éventualités.

- **Partir exercer dans le pays d'origine ou dans un autre pays.**

Parmi les cinq médecins qui nous ont dit vouloir partir dans quelques années continuer leur carrière ailleurs, quatre ne possèdent pas encore l'autorisation d'exercice. Le premier s'est fixé une condition, s'il n'obtient pas la nationalité française après sa seconde demande, il repart. Le deuxième nous a avoué vouloir partir parce qu'il est un peu dépassé par le système français et la manière de fonctionner en France, qui selon lui est totalement différent du mode de vie et de penser du Niger. Le troisième n'a pas d'attaches particulières en France et projette de tenter sa chance dans un autre pays comme le Canada. Enfin le dernier souhaite vraiment rentrer dans son pays même s'il envisage peut être de changer de profession. Or, pour ces quatre médecins, le projet de partir relève encore de l'imaginaire et de l'hypothèse dans le sens où il n'est pas encore organisé mais seulement envisagé.

En fait, seul un médecin, parmi ceux que nous avons rencontré, a un projet vraiment précis en tête même si selon lui, *« ce ne sont que des projets. »* (D9). Il est un peu l'exception qui

confirme la règle car il est marié à une française, a un enfant, va obtenir très prochainement le plein exercice et pourtant va sûrement partir d'ici deux ans.

« J'aimerais vraiment faire ce que j'ai envie de faire, donc je préfère m'éloigner. [...] je suis venu en France pour ne pas chercher l'échec, ni l'argent. Or, on vient ici il y a pire. [...] J'ai plusieurs projets, entre autres il y en 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 à Beyrouth. » (D9).

Excepté cet homme, nous sommes à même de nous questionner sur l'avenir des quatre autres praticiens. Comme d'autres médecins, leur projet ne va-t-il pas évoluer, suite à une rencontre, une naissance ou à un quelconque événement, dans les années à venir ? Ne vont-ils pas prendre le chemin de la progressive et lente installation en France ? En effet, il est possible que ces hommes projettent leur avenir ailleurs en raison de leur situation actuelle assez instable puisqu'ils ne possèdent pas encore l'autorisation d'exercice. Nous pouvons penser que, comme d'autres, ces projets et cet imaginaire d'ailleurs seront peut être amenés à changer, par exemple le jour où ils obtiendront l'autorisation d'exercice.

Dans cette sous-partie, nous avons d'abord exposé les projets initiaux des médecins, puis les différents éléments qui ont fait évoluer ces projets durant leurs parcours pour finir sur l'état actuel de ces mêmes projets. Nous avons pu voir qu'il était possible de rassembler des éléments communs à quelques médecins sans pour autant mettre de côté la spécificité des parcours de chacun. Par exemple, nous avons pu exposer une mise en place totalement différente des projets initiaux entre les hommes et les femmes. Ce travail de comparaison sur un temps long, des projets initiaux à aujourd'hui, nous a permis de mettre en avant le fait que de nombreux éléments, qu'ils soient d'ordre familiaux, relationnels ou législatifs ont progressivement fait évoluer et modifier les intentions et les objectifs que ces migrants hautement qualifiés s'étaient fixés avant de prendre la décision de migrer. Nous avons pu ainsi remarquer que cette progressive redéfinition des projets au gré des événements amènent ces médecins à redessiner sans cesse leur avenir et à se projeter dans un imaginaire plus ou moins lointain et plus ou moins concret en fonction de leur âge, de leur situation familiale et professionnelle. C'est la raison pour laquelle nous allons maintenant nous pencher plus particulièrement sur la construction des parcours professionnels de ces médecins.

B/ Entre similarité et particularité : La construction des parcours professionnels des médecins diplômés hors Union Européenne.

Les projets des médecins étant déjà tous assez différents, nous allons voir que leurs parcours le sont encore plus. Durant nos rendez-vous avec les praticiens, à l'aide de notre grille matricielle, nous avons cherché à connaître tous les lieux et établissements par lesquels les médecins sont passés, de leur enfance jusqu'au moment de l'enquête. Systématiquement nous leur demandions quelles furent les raisons d'un départ éventuel mais aussi les raisons qui les ont orientés vers la destination, le poste ou le métier suivant. Notre objectif était de comprendre comment se sont construits les parcours des enquêtés, d'arriver à extraire les opportunités, les contraintes voir même les stratégies mises en place lors de chaque déplacement jusqu'à leur arrivée dans le centre hospitalier Nord-Deux Sèvres. Nous allons voir qu'il nous a été possible de rassembler les médecins dans quelques grands profils sans pour autant dire que leurs parcours ont été identiques. En effet, chaque médecin a orienté son parcours en fonction d'un grand nombre de facteurs par exemple d'ordre familial ou relationnel. Que ce soit pour rejoindre une personne, parce que c'était le seul moyen de changer de statut ou parce que c'était le premier poste qu'on leur proposait, chaque praticien a dû faire preuve d'adaptation au gré des circonstances.

1/ Les trois grands profils dessinés par l'évolution de la législation.

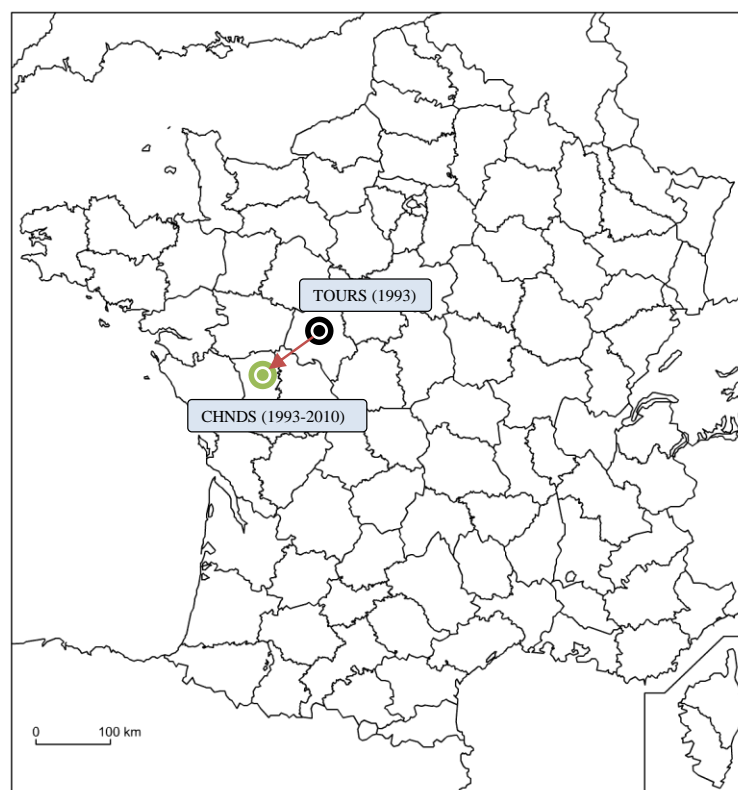
Lorsque nous avons mis en parallèle la situation actuelle des médecins diplômés hors UE avec la législation mise en place au moment de leur arrivée en France, nous avons pu remarquer que nous pouvions les rassembler dans trois grands groupes distincts. En effet, nous allons voir que, selon la législation (les procédures) à laquelle les médecins étaient soumis, il est possible d'établir des similitudes concernant le temps d'obtention du plein exercice, ou encore sur le nombre d'établissements dans lesquels les praticiens ont exercé. Les trois grands profils, que nous allons présenter, nous ont non seulement permis de voir que les différentes périodes d'arrivée ne rassemblent pas les mêmes principaux pays de départ des médecins mais surtout ils nous ont servi à mener une analyse de la mobilité des PADHUE.

a/ Les médecins arrivés avant 1996.

Le premier groupe que nous avons établi concerne les médecins diplômés hors UE arrivés en France avant 1996, c'est-à-dire ceux qui pouvaient se présenter à la procédure « PAC ». Neuf des médecins, que nous avons rencontrés, rentrent dans cette catégorie. Il s'agit de six médecins originaires du Maroc, deux originaires d'Algérie et un originaire du Madagascar. Parmi ceux-ci, trois exercent avec des statuts de « praticien attaché associé » ou « assistant associé » et six sont actuellement « praticiens hospitaliers » car ils ont obtenu l'autorisation d'exercice via la procédure « PAC » entre 1996 et 2000. Ces praticiens, tous arrivés en France entre 1984 et 1993, ont mis entre six et douze années pour faire reconnaître

leur diplôme. Il est particulièrement intéressant de remarquer que les médecins de ce premier groupe, possédant le plein exercice, ont été assez peu mobiles durant leur carrière. Un seul médecin a exercé dans sept établissements alors que les cinq autres ont travaillé dans une à quatre structures hospitalières. Le constat que nous avons pu faire en comparant leurs parcours c'est que cette faible mobilité s'est effectuée quasi-exclusivement dans le grand Ouest de la France puisque les hôpitaux que nous trouvons sont Tours, Cholet, Angers, Loudun ou encore Rennes. La carte 3 représente le parcours d'un médecin arrivé en France en 1992. Elle est particulièrement représentative des parcours des médecins arrivés à cette époque, et qui aujourd'hui possèdent l'autorisation d'exercice, car elle illustre une faible mobilité située dans un espace géographique limité, dans le sens où chaque mobilité s'effectue des villes relativement proches les unes des autres.

Carte 3 : Parcours professionnel en France du médecin (D12).



- Première ville dans laquelle le médecin a exercé.
- Centre hospitalier Nord-Deux Sèvres.
- Trajectoires.

A l'inverse deux des médecins entrés en France à la même époque, qui ne possèdent pas encore le plein exercice, sont arrivés en banlieue parisienne et à Strasbourg. Après de longues et périlleuses recherches de postes de médecins, ces deux personnes ont décidé d'exercer les métiers d'infirmier et de délégué médical afin de pouvoir vivre. Ce ne fût que quelques années plus tard qu'ils ont pu réintégrer le corps médical en se rendant au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Aujourd'hui, l'un d'entre eux a obtenu la procédure « PAE » et devrait donc prochainement avoir l'autorisation d'exercice et l'autre médecin est en train de

la préparer. Ce constat nous amène à nous demander si le fait d'atterrir dans des zones « rurales » ne facilite-il pas l'intégration du système de santé de français pour les médecins diplômés hors UE ? N'ayant interrogé que deux enquêtés ayant eu ce genre de parcours, il nous est impossible de pouvoir établir un constat général. Toutefois, ce phénomène nous laisse penser qu'il est plus simple pour un médecin diplômé hors UE de trouver un emploi dans les centres hospitaliers dits « périphériques » que dans les hôpitaux des grandes villes ou de la banlieue parisienne. Le dernier médecin de ce groupe est celui dont tous ses collègues nous disaient qu'il fallait qu'on le rencontre « parce qu'il n'a pas eu de chance ». En effet, si cet homme ne possède pas la plénitude d'exercice aujourd'hui c'est parce qu'il n'a été autorisé à passer aucune procédure avant la « NPA ». Arrivé en France en 1985, il exerce dans les hôpitaux de Bressuire et Parthenay jusqu'en 1993, date à laquelle il repart vivre au Maroc. Or, à cette époque il n'existait pas encore de procédure pour qu'il fasse faire reconnaître ses diplômes. Puis, il revient à Parthenay en 1999 mais ne peut alors pas postuler à la procédure « PAC » car il ne possède pas assez d'années d'exercice à l'hôpital, les années entre 1985 et 1993 n'étant pas prises en compte. Ce n'est, en fait, qu'à partir de 2005 qu'il aurait pu postuler à la procédure « NPA » puis « PAE », mais il ne le souhaitait pas.

« A aucun moment ça ne m'a posé de problème de ne pas avoir le plein exercice, c'est peut être aussi ce qui a fait que je n'étais pas très motivé pour ça. Moi j'avais toujours un pas là-bas au Maroc donc si j'avais eu le moindre problème pour exercer j'y serai retourné tout de suite. En effet, j'ai jamais cherché vraiment à me faire reconnaître, j'ai jamais couru après les diplômes et les concours pour faire valoir un diplôme ou pour pouvoir exercer en France et y rester. Si je suis resté ici c'est parce qu'ils avaient besoin ici, c'est tout. Si à un moment donné on m'avait dit qu'il n'y avait plus de place pour moi et bien je serai rentré tout simplement. » (D14).

Le bilan, que nous pouvons faire sur ce premier groupe de PADHUE, est qu'ils sont tous originaires de pays de l'ex-empire colonial français. Ainsi, nous pouvons dire que la « première vague » de médecins diplômés hors UE s'est construite par le biais des « anciennes » filières migratoires car ces praticiens sont tous arrivés de pays ayant des liens historiques forts avec la France. Ils ont tous mis en moyenne une dizaine d'année pour obtenir l'autorisation d'exercice et ils ont été assez peu mobiles durant leur carrière. Nous avons d'ailleurs rencontré deux médecins qui n'ont exercé qu'en Nord-Deux-Sèvres. Ce phénomène montre que les effets négatifs de l'évolution de la démographie médicale française, entraînant des difficultés de recrutement pour les hôpitaux de campagne, sont apparus dès le milieu des années 1980. L'autre point important que nous avons pu extraire de l'analyse de ce groupe, c'est la différence d'intégration du système entre les médecins ayant tout de suite exercé dans des petits hôpitaux de l'Ouest de la France (qui ont eu une très faible mobilité à l'échelle nationale) et ceux ayant essayé de trouver des postes dans des grandes villes ou en banlieue parisienne qui ont été contraints d'avoir une plus grande mobilité pour pouvoir retrouver un poste. Ce fait confirme que les politiques de recrutement sont différentes entre les grands centres hospitaliers et les petits hôpitaux. Mais, nous pouvons également émettre l'hypothèse que les hôpitaux situés en zones rurales ont été touchés plus tôt que les hôpitaux de banlieue parisienne par un manque de personnel médical.

b/ Les médecins arrivés entre 1996 et 2004.

Le deuxième groupe concerne les praticiens arrivés en France entre 1996 et 2004, c'est-à-dire ceux recrutés avant 1999 mais qui ne pouvaient pas passer le concours « PAC » par manque d'années d'exercice en structure hospitalière et ceux qui ont été recrutés illégalement entre 1999 et 2004 (période où il n'existait pas de procédure d'autorisation) qui peuvent aujourd'hui passer l'examen du concours « PAE ». Cinq médecins que nous avons interrogés entrent dans ce profil. Ils sont tous arrivés en France entre 1998 et 2002 et actuellement aucun d'entre eux ne possède la plénitude d'exercice. Ces PADHUE exercent tous sous des statuts de « praticien attaché associé » ou d'« assistant spécialiste associé ». Or, un seul médecin a obtenu le concours « NPA » en 2005 et trois ont validé l'examen « PAE » en 2009. Nous avons donc approximativement calculé, en partant du principe qu'ils auraient l'autorisation d'exercice dès le premier passage devant la commission, que ces médecins auront mis entre dix et treize ans pour obtenir le plein exercice. Ces médecins, du fait de la législation mise en place au moment de leur arrivée, vont donc mettre plus d'années que les médecins issus du groupe précédent pour voir leurs diplômes reconnus. Le faible nombre de médecins enquêtés entrant dans ce profil, le nombre considérable d'années pour obtenir l'autorisation d'exercice associé au fait qu'il était plus difficile de trouver un poste après 1999 en raison de l'interdiction de recruter de « nouveaux » médecins diplômés hors UE peut nous laisser envisager qu'un certain nombre de médecins arrivés durant cette période sont soit repartis dans leur pays ou dans un autre pays, soit exercent un autre métier. Les médecins issus de ce groupe sont d'origines plus variées que le premier puisque nous avons vu un Nigérien, un Syrien, un Malgache, un Libanais et un Tunisien. Ces médecins, malgré la période peu propice à laquelle ils sont arrivés, ont connu une mobilité géographique légèrement plus importante que le premier groupe. En effet, trois médecins ont presque toujours travaillé dans le grand Ouest, un a exercé à Strasbourg avant de venir en Deux-Sèvres et un dernier a exercé dans des hôpitaux du Sud de la France. Trois médecins ont exercé dans deux hôpitaux différents et deux dans cinq structures différentes.

Nous pensons que le faible nombre d'hôpitaux au sein des parcours des PADHUE de ce deuxième groupe peut s'expliquer par le fait que les établissements en manque de personnels cherchaient à conserver les premiers médecins qu'ils recrutaient « illégalement » non seulement parce qu'ils avaient peu de candidats mais aussi pour éviter de se mettre encore plus dans l'illégalité en recrutant fréquemment des nouveaux médecins diplômés hors UE.

En effet, le premier des deux médecins, qui ont exercé dans cinq établissements, nous a expliqué que sa mobilité était volontaire dans le sens où il quittait toujours les établissements dans lesquels il exerçait à cause de conflits. Pour le second médecin, cette mobilité s'explique plutôt par le fait qu'il évoluait dans le Sud de la France, dans des régions bien dotées en médecins. Par conséquent, les hôpitaux ne renouvelaient pas toujours les contrats de ce médecin en fonction des arrivages d'internes et de nouveaux candidats à diplôme français. Comme une alternative, il lui a aussi été proposé de travailler sans rémunération. Ce médecin a donc trouvé la stabilité dès qu'il a fait le choix de venir en Nord-Deux-Sèvres.

In fine, les médecins arrivés durant cette période sont originaires de pays plus variés que les médecins du premier groupe. Ainsi, nous pouvons noter un affaiblissement des « anciennes » filières migratoires par l'absence de médecins marocains ou algériens dans nos personnes enquêtées et, à l'inverse, un élargissement des pays d'origine des praticiens diplômés hors UE. Ces médecins, bien qu'ils n'ont été que légèrement plus mobiles, ont dû faire preuve d'une plus grande patience que les médecins arrivés avant 1996 pour pouvoir prétendre faire reconnaître leurs diplômes car ils sont d'abord arrivés à une période « charnière », où il n'existait plus de procédure d'autorisation, puis parce que les premiers concours (NPA) auxquels ils ont pu postuler ont été extrêmement sélectifs à cause d'un très faible nombre de places ouvertes. Ce n'est qu'à partir de la procédure « PAE » qu'ils ont pu plus facilement régulariser leur situation car ils ont été autorisés à passer l'examen, c'est-à-dire en étant inscrits en liste C, qui n'est pas soumise au quota.

c/ Les médecins arrivés à partir de 2004.

Le dernier groupe de médecins, que nous avons établi, réunit les praticiens étant arrivés à partir de 2004, c'est-à-dire juste avant la création de la procédure « NPA ». Tous ces praticiens peuvent passer la « PAE » pour obtenir l'autorisation d'exercice, mais contrairement aux deux autres groupes précédents, ils doivent obligatoirement s'inscrire en liste A et donc être soumis au quota et au nombre de places limitées. Nous avons rencontré six médecins diplômés hors UE faisant partie intégrante de ce profil. Deux d'entre eux ont des statuts de « praticien attaché associé » et d'« assistant spécialiste associé » parce qu'ils ont obtenu le concours « NPA » ou « PAE » en 2006 et 2008. Deux autres exercent à des statuts de « praticiens attachés associés », alors qu'ils n'ont pas encore passé le concours, parce qu'ils ont obtenu des dérogations de la DRASS du Poitou-Charentes. Le premier lorsqu'il exerçait à l'hôpital de Rochefort et le second à l'hôpital Nord-Deux-Sèvres. Les deux autres praticiens sont employés à des statuts de « FFI » et ils préparent une AFSA. Ils sont donc employés selon la législation en vigueur car rappelons que les médecins diplômés hors UE, arrivés après 2004 et qui n'ont pas validé de procédure, ne peuvent normalement être employés uniquement à des statuts de « FFI ». Les origines géographiques de ces médecins s'inscrivent dans la continuité du deuxième groupe de médecins puisque nous nous sommes entretenus avec un Franco-syrien, deux Malgaches, deux Libanais et un Marocain. Parmi ces médecins, les deux qui ont obtenu les concours ont travaillé dans seulement deux et trois établissements. Comme nous l'expliquions dans notre première partie lorsque nous avons détaillé la législation en vigueur, les nouvelles procédures peuvent permettre aux « nouveaux » arrivants d'obtenir l'autorisation d'exercice plus rapidement que leurs aînés. Ces deux médecins devraient ainsi obtenir le plein exercice en quatre et six années. Ce phénomène est le résultat d'une volonté politique dont le but est de permettre aux médecins les plus qualifiés de pouvoir intégrer le système plus rapidement. Toutefois, du fait que certaines spécialités offrent très peu, voir aucunes places au concours « PAE », certains médecins ne peuvent pas obtenir l'autorisation d'exercice. Ainsi, comme le médecin franco-syrien arrivé en 2004 qui a travaillé dans huit structures différentes, certains médecins sont contraints d'avoir une plus grande mobilité afin de pouvoir « contourner » la législation pour continuer à exercer en France en attendant d'obtenir le concours. Les deux médecins

employés comme « FFI » ont chacun exercé dans deux établissements. Or, s'ils n'obtiennent pas le concours et veulent rester en France à l'issue de leur AFSA, ils vont devoir faire comme le médecin franco-syrien, c'est-à-dire partir à la recherche de structures tellement en manque de personnel qu'elles seront susceptibles de les employer plus longtemps que prévu en tant que « FFI » ou partir dans des régions tellement en manque dans leur spécialité qu'elles leur accorderont peut être une dérogation pour charger de statut.

En Fin de compte, deux profils se dessinent à l'intérieur de ce même groupe.

Nous trouvons :

-Les médecins qui réussissent très vite le concours, qui intègrent rapidement le système de santé et qui ont par conséquent une très faible mobilité.

-Les médecins qui ne réussissent pas ou qui ne se sont pas présentés au concours et qui se retrouvent à devoir « jouer » de la législation en allant frapper aux portes des hôpitaux les plus en difficulté pour pouvoir prolonger leur travail dans les hôpitaux français en attendant d'obtenir le concours. Ceux-ci sont alors soumis à une plus grande mobilité.

Il est clair que la politique n'est, de toute façon, pas la même à l'égard des médecins des deux groupes précédents. Les procédures sont faites pour que les plus anciens puissent intégrer le système et pour que seuls les meilleurs des « nouveaux » puissent compléter les places disponibles dans certaines spécialités.

On constate une réelle évolution entre les médecins qui sont arrivés dans les années 1980 et les médecins qui arrivent aujourd'hui. D'abord essentiellement fondés sur les « anciennes » filières migratoires, ces flux de migrants hautement qualifiés sont progressivement arrivés d'autres pays. Bien que les pays de l'ex-empire colonial français (surtout Algérie, Tunisie et Maroc) fournissent encore beaucoup de médecins, on remarque que les praticiens issus de pays du Moyen-Orient (Liban et Syrie) sont de plus en plus nombreux. Ainsi, en observant les inscriptions par nationalité à la « PAE » de 2009, toutes listes confondues, on remarque que les Algériens restent largement en tête avec 1.366 inscrits, suivis de 484 pour la Tunisie, 284 pour la Syrie, 272 pour le Maroc, 164 pour le Liban ou encore 163 pour le Madagascar. Ces chiffres illustrent parfaitement le poids encore considérable des « anciennes » filières migratoires mais également la mise en place de nouvelles filières de médecins au départ de la Syrie et du Liban à destination de la France. Le fait de regrouper les PADHUE dans différents groupes en fonction de leur date d'arrivée en France nous a donc permis d'observer cette progressive évolution et l'élargissement des pays d'origine dont sont issus ces migrants hautement qualifiés mais aussi d'exposer les retombées de l'évolution de la législation sur les parcours de ces médecins. Nous avons ainsi pu montrer que les médecins du premier groupe ont majoritairement eu une très faible mobilité, celle-ci se limitant aux hôpitaux du grand Ouest, que les médecins du second groupe n'ont été que légèrement plus mobiles mais à une échelle plus grande et enfin que les derniers « arrivants » ont soit une mobilité très réduite, soit une mobilité très grande en fonction de leur réussite au concours pour obtenir l'autorisation d'exercice. Nous allons maintenant nous attarder sur les stratégies mises en

place par les médecins qui n'arrivaient pas à trouver de poste ou qui normalement ne pouvaient pas continuer à travailler dans les hôpitaux français.

2/ Des parcours « compliqués » qui poussent à l'élaboration de stratégies multiples.

La législation à l'égard des médecins diplômés hors UE étant extrêmement mouvante et faite de périodes d'ouvertures et de fermetures, nous avons vu que des médecins se sont retrouvés à des périodes où ils étaient dans l'impossibilité de travailler en tant que médecin. Nous avons donc cherché à savoir comment ces hommes et ces femmes ont réagi face à ces différentes situations, quelles stratégies ils ont adopté pour pouvoir continuer à travailler dans les hôpitaux français.

a/ La reconversion professionnelle.

Nous avons dit précédemment que deux médecins, faisant partie du premier groupe, avaient dû exercer d'autres métiers parce qu'ils ne trouvaient pas de postes. En fait, ces deux médecins, qui vivaient l'un en banlieue parisienne, l'autre à Strasbourg, étaient arrivés en France en 1993 et 1995. Ils ont exercé tous les deux, sans difficulté, en tant que « FFI » dans différents établissements, l'un était même chargé de cours en biophysique à la faculté de médecine de Strasbourg. Or, en 1999, alors que leurs contrats ne sont pas renouvelés, est votée la loi interdisant le recrutement de médecins diplômés hors UE. C'est alors qu'ils se sont retrouvés dans l'incapacité de trouver un nouveau poste. Nous supposons que leur situation géographique les a mis en difficulté dans la recherche d'un emploi de médecin car au moment du vote de la loi de 1999 seuls les hôpitaux les plus en difficulté ont continué à recruter des médecins diplômés hors UE. Or, ces hôpitaux, dans le besoin, étaient surtout des structures situées dans des zones enclavées. Ainsi, à cette époque, il était plus facile pour les PADHUE installés dans des régions rurales de trouver un emploi que ceux qui vivaient dans des grandes villes. Face aux obligations financières, ces deux personnes ont donc décidé de faire des remplacements infirmiers tout en continuant à mener des recherches pour trouver un poste de médecin. Aucune occasion ne se présentant, le premier médecin a passé le diplôme d'infirmier alors que le second a suivi une formation pour devenir délégué médical. Lorsque nous leur avons demandé comment ils avaient vécu ces reconversions professionnelles, leurs réponses furent pour le moins explicites :

« Mal, très mal oui. Je le faisais parfois avec des larmes. J'étais dévalorisée qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ? Et après je me faisais une raison, j'accepte parce que je me dis que j'ai une famille que je dois faire vivre mais au fond je n'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. J'ai fait toute mes années de médecine pour à la fin me retrouver là...Oui c'était amer, très amer. » (D20).

Il est clair que c'est par contrainte que ces médecins ont changé de métier. Toutefois, ces deux praticiens n'ont jamais abandonné l'idée de réintégrer un jour le monde médical sous leur vrai

métier. Ce fut au bout de six et sept années qu'ils ont trouvé un poste au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres. Nous allons voir que chacun à sa manière avait élaboré une stratégie pour optimiser ces chances de retrouver un poste.

b/ L'orientation vers une spécialité qui manque de personnel.

Beaucoup de médecins diplômés hors UE savaient qu'il serait plus facile de trouver des postes dans les spécialités les moins attractives, par conséquent dans celles qui recrutent le plus. C'est ainsi que, durant ces années d'exercice en tant qu'infirmier, le premier médecin a passé la CAMU⁵³ pour pouvoir postuler dans les services d'urgences alors que le second a décidé de laisser sa spécialité de côté.

« Depuis 2005, je cherchais des postes et à ce moment là la loi de 2004 est passée. Je savais que je pouvais travailler donc j'ai cherché en médecine nucléaire parce que j'ai fait ma thèse et une capacité de médecine en médecine nucléaire. [...]J'ai passé pleins d'entretiens et c'était jamais bon donc début 2007 j'ai commencé à penser à faire psychiatrie, les urgences...En fait j'avais trois choix entre trois postes, 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 la tête en psychiatrie et donc par défaut j'ai choisi gériatrie. [...] C'est pas que j'aime la gâtine ou que j'aime les vieux, je n'avais pas le choix. Si je voulais le poste ici, je m'engageai à faire la formation. » (D11).

Ces deux médecins ont donc pu réintégrer le corps médical seulement parce qu'ils se sont réorientés vers les domaines qui manquent le plus de personnel. Or, ce ne sont pas les seuls médecins que nous ayons rencontré qui ont adopté cette stratégie afin de pouvoir trouver un emploi. Si l'on observe la répartition des médecins que nous avons rencontrés selon leurs services d'exercice, on voit nettement qu'il s'agit principalement des spécialités « délaissées » par les jeunes médecins diplômés en France comme les urgences, la psychiatrie ou encore la gynécologie.

⁵³ Capacité de Médecine d'Urgence.

Tableau 11 : Répartition des médecins diplômés hors UE interrogés lors de l'enquête dans les services du centre hospitalier Nord-Deux Sèvres.

Services	Total
Urgences	7
Psychiatrie	3
Gynécologie	3
Médecine polyvalente	3
Radiologie	2
Anesthésie	1
Angiologie	1
TOTAL ENQUETES	20

Si les médecins généralistes, que nous avons rencontrés, travaillent presque tous dans les services d'urgences c'est parce qu'ils avaient été informés qu'en postulant dans ce domaine ils optimiseraient leurs chances de trouver un poste. Même des médecins ayant obtenu d'autres spécialités en France nous ont dit avoir commencé par les urgences lorsqu'ils ont commencé à travailler.

« 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. » (D7).

Si nous n'avons rencontré aucun PADHUE qui exerce dans les spécialités les plus prisées comme par exemple la chirurgie, c'est parce qu'il est très difficile pour eux d'y décrocher un poste. Un médecin nous a même avoué avoir abandonné la chirurgie pour se réorienter vers la gériatrie.

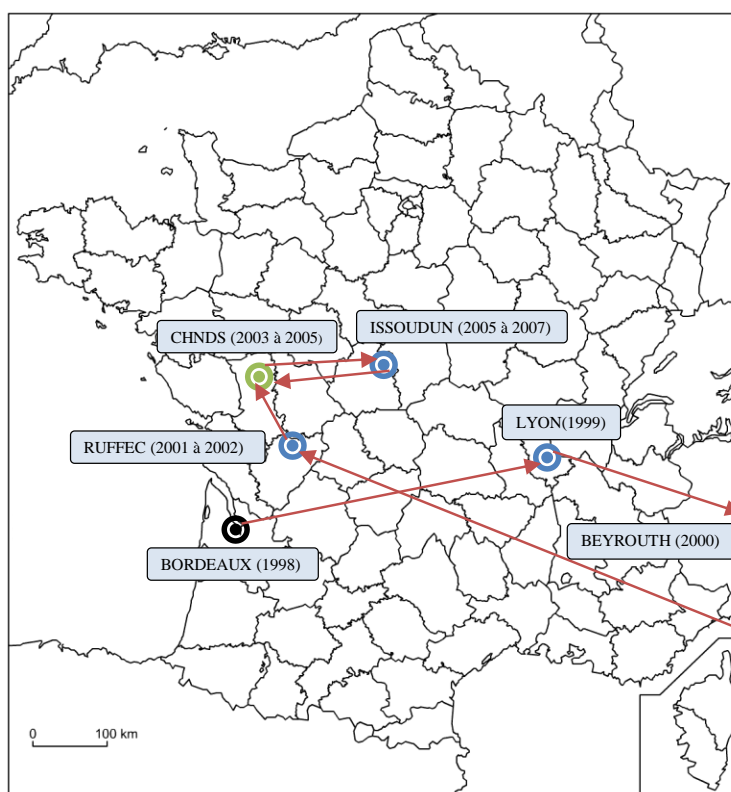
« J'ai perdu la chose que j'aime le plus : la chirurgie. [...] Le problème, tout ce qui est chirurgie est très difficile, ce qui m'a poussé à laisser tomber la chirurgie. [...] J'ai un collègue à Parthenay qui a réussi sa chirurgie, pas de poste pour faire les trois ans d'un côté et s'il y a un poste on est traité de derniers, des derniers du premier interne du premier semestre. » (D9).

Même s'il ne faut surtout pas généraliser en disant que l'ensemble des médecins diplômés hors UE se sont réorientés vers des spécialités par défaut ou à contre cœur, ce qui est loin d'être le cas, toutefois il est visible qu'un bon nombre d'entre eux ont choisi de manière stratégique de passer des diplômes comme la CAMU pour pouvoir obtenir un emploi. Ce phénomène nous a permis ainsi de confirmer l'hypothèse que les PADHUE, bien qu'ils n'y soient pas contraints, sont indirectement poussés à aller compléter les postes vacants dans les spécialités les moins recherchées par les médecins diplômés en France. Nous allons voir qu'il en est de même pour le type d'hôpital et les secteurs géographiques.

c/ L'orientation vers des hôpitaux en difficulté.

En plus de l'orientation vers les spécialités les plus « désertées » par les médecins, la seconde stratégie qui ressort le plus des parcours de ces praticiens est incontestablement le fait de postuler dans les hôpitaux les moins attractifs à l'échelle nationale. Sur la carte 4, nous avons représenté le parcours d'un médecin venu du Liban car il illustre assez bien la place centrale des petits hôpitaux durant les carrières des PADHUE. Sur cette carte, on remarque que ce médecin a exercé dans deux grandes villes (Bordeaux et Lyon). Or, il est nécessaire de préciser que ce médecin a travaillé dans deux grands hôpitaux uniquement parce qu'il suivait une spécialité en chirurgie. Ce point est particulièrement important car, en dehors de leurs études, très peu de médecins diplômés hors UE ont réussi à trouver des emplois dans des grosses structures situées dans des grandes villes. En fait, la « véritable » carrière en France de ce médecin, dans le sens où il n'est plus étudiant, débute donc à partir de l'hôpital de Ruffec. Ce médecin a donc exercé dans trois hôpitaux différents, toutes des petites structures. Il nous a expliqué qu'il aurait pu rester dans n'importe lequel de ces hôpitaux car ils avaient tous des difficultés de recrutement. Ce praticien nous a dit toujours partir pour un autre hôpital à cause de mésententes ou de conflits. Par conséquent, la mobilité de ce médecin fut volontaire mais elle ne fut réalisable que dans la mesure où il acceptait de prendre des postes dans des hôpitaux en manque de personnel.

Carte 4 : Parcours professionnel en France du médecin (D9).



- Première ville dans laquelle le médecin a exercé.
- Villes dans lesquelles le médecin a exercé.
- Centre hospitalier Nord-Deux Sèvres.
- Trajectoires.

Nous avons expliqué précédemment que les médecins qui sont arrivés dans des grandes villes du Nord ou du Sud de la France, sans suivre de spécialités, sont ceux qui ont eu la plus grande mobilité du fait de la difficulté à trouver des postes avec des contrats de plus de six mois. C'est en postulant à l'hôpital Nord-Deux-Sèvres que les deux médecins, qui étaient contraints d'exercer d'autres professions, ont retrouvé un emploi de médecin. C'est aussi en venant en Poitou-Charentes que les deux jeunes médecins diplômés en Syrie, qui ne trouvaient que des postes de « FFI » dans le Sud et le Nord de la France, ont obtenu des postes mieux rémunérés avec des contrats de plus longues durées. La presque totale absence de grands CHU ou de grandes villes dans l'ensemble des parcours des médecins, excepté lorsqu'ils suivaient une spécialité ou une formation, confirme que les médecins diplômés hors UE sont recrutés « par défaut » par les structures hospitalières.

« Ils n'ont plus que les petits établissements qui sont dépourvus d'internes. C'est pour ça que le CHU (de Poitiers) vous répond que ça ne les intéresse pas d'employer des PADHUE. Ils ont une pléthore d'internes et ils ne savent plus où les mettre. Ils en ont 220 par semestre donc ça ne les intéresse pas d'avoir des PADHUE. Les gros établissements n'ont plus besoin d'eux, ça c'est vrai. Les PADHUE n'ont pas de place dans les grands centres exceptés ceux

*qui ont des compétences très particulières, ceux qui sont pointus sur quelque chose, là ils vont les prendre, sinon ils ne les prennent pas. »*⁵⁴

Des médecins, qui ont toujours travaillé dans des petits hôpitaux de la région, nous ont dit n'avoir jamais essayé de postuler dans des grands établissements sachant que c'était une peine perdue d'avance. Ainsi, se destiner à aller travailler dans les hôpitaux dits « périphériques » comme le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres a permis à des médecins, ne possédant pas le plein exercice, de trouver des postes plus stables dans le sens où le manque de personnel est tellement criant qu'ils ont presque la certitude de voir leur contrat renouvelé. Cette « certaine » stabilité leur permet donc de pouvoir préparer dans de meilleures conditions le concours ou l'examen de la « PAE ». Les médecins diplômés hors UE dont les diplômes ne sont pas reconnus seraient donc en quelque sorte « assignés » aux hôpitaux les plus en difficultés. Le problème est que ce phénomène risque de s'accroître dans les prochaines années du fait du nombre croissant d'internes. Dans l'objectif d'atteindre une autosuffisance nationale de médecins, depuis ces onze dernières années le *numérus clausus* n'a cessé d'augmenter. La conséquence est qu'il y a de plus en plus d'internes dans les hôpitaux limitant ainsi la place des médecins diplômés hors UE. De plus, il est plus intéressant financièrement pour les structures d'employer un interne plutôt qu'un « assistant spécialiste associé » qui doit réaliser ces trois années de fonction hospitalière après l'obtention de la « PAE ». Ainsi, nous émettons l'hypothèse que les médecins qui ne possèdent pas la plénitude d'exercice devraient être de plus en plus contraints d'accepter des postes dans les hôpitaux les plus enclavés géographiquement. Toutefois ce phénomène ne concerne pas l'ensemble des PADHUE car il touche surtout les médecins qui n'ont pas le plein exercice. Certains médecins qui possèdent l'autorisation d'exercice nous ont dit être particulièrement sollicités par de grands établissements du fait d'être spécialisés dans des domaines qui manquent de personnel tel que la radiologie. Il s'opère donc une sorte de retournement de situation le jour où des médecins obtiennent la reconnaissance de leurs diplômes dans certaines spécialités. Ces praticiens qui avaient choisi des spécialités de manière stratégique pour pouvoir trouver du travail sont contactés par des grosses structures du fait de la particularité de leur diplôme. Or, quatre médecins dans cette situation nous ont dit ne pas vouloir quitter le Nord-Deux-Sèvres car, finalement, au fil des années, ils ont créé de fortes attaches à ce territoire.

« Dans ce service je me suis épanoui. Il y a tout le matériel surtout que maintenant on a un scanner 64 barrettes alors que les grands CHU ils n'ont pas des trucs pareils. Il y a des grands CHU qui ont des trucs moins performants que celui-ci donc pourquoi j'irai travailler là-bas alors que le statut est le même et que ici la ville est agréable. Moi je vieillis un peu donc je préfère la calme et la sérénité de l'hôpital et la petite ville de Thouars. » (D17).

En définitive, il semble délicat d'affirmer que la reconversion professionnelle et que l'orientation vers des spécialités et des hôpitaux qui manquent de personnel sont des stratégies mises en place par les médecins ou plutôt des moyens de contourner des obstacles et des

⁵⁴ Extrait de l'entretien du 16 Avril 2010 avec Madame Francine Deshoulières, Inspectrice chargée des professions médicales à la DRASS Poitou-Charentes.

contraintes induits par le système de santé français. Ce qui est certain c'est que les médecins diplômés hors UE sont omniprésents dans les hôpitaux « ruraux » comme le CHNDS. Nous allons voir que les réseaux de ces médecins ont joué un rôle important dans l'arrivée d'un grand nombre d'entre eux dans le centre hospitalier Nord-Deux Sèvres.

3/ Des parcours orientés par des réseaux, des rencontres, des connaissances ou la famille.

Lorsque nous avons demandé aux médecins s'ils connaissaient le Nord-Deux-Sèvres avant de venir y travailler, la réponse fut négative pour dix-neuf médecins. Seul un médecin connaissait la région et l'hôpital parce qu'il venait y faire des remplacements de temps en temps et il a fini par venir s'y installer car l'hôpital lui avait proposé de la garder. Parmi les dix-neuf praticiens seuls quatre sont venus visiter l'hôpital avant d'accepter le poste. Ce phénomène a attiré notre attention et nous avons cherché à savoir comment s'est passé leur recrutement et pourquoi ces médecins ont décidé aussi spontanément de venir exercer au CHNDS.

a/ L'installation dans le Nord-Deux-Sèvres pour des raisons familiales.

Cinq médecins sont venus dans le Nord-Deux-Sèvres pour des questions de proximité avec la famille. Deux hommes cherchaient un hôpital pas trop éloigné de Tours et de Bordeaux dans lesquelles ils avaient de la famille alors que les trois autres médecins ont cherché spécifiquement dans ce secteur géographique pour leur femme ou leur mari. En effet, un praticien postulait à Bressuire parce que sa femme était originaire du département des Deux-Sèvres, un autre parce que sa femme, qui est professeur, venait d'être mutée à Thouars et la dernière parce qu'elle ne voulait pas trouver un lieu trop éloigné de la Rochelle, où son mari pourrait facilement exercer son métier.

« C'était de la candidature spontanée. J'avais contacté une trentaine de centres hospitaliers en fait puis en fonction des réponses positives je triais par rapport à la distance, par rapport au climat aussi, et bon je trouvais que Thouars c'était plutôt bien. On n'est pas très loin de la côte, on n'est pas très loin non plus des axes principaux, des autoroutes, d'aéroports parce que mon mari voyage très souvent et donc c'est pour ça que je suis venue à Thouars. » (D6).

La venue de médecins dans ce centre hospitalier pour des raisons familiales est un fait mais nous avons pu remarquer qu'il est un facteur d'attraction beaucoup moins important que les réseaux ou les contacts des ces praticiens diplômés hors UE.

b/ Des parcours orientés vers le CHNDS par des réseaux ou des connaissances.

La majorité des médecins nous ont répondu spontanément avoir été recrutés par l'hôpital à la suite d'une candidature spontanée. Or, lorsque nous avons creusé un peu plus la question en leur demandant s'ils connaissaient quelqu'un dans l'hôpital ou s'ils avaient été informés qu'un poste était disponible, beaucoup nous confirmèrent le poids et le rôle essentiel des contacts et des réseaux.

« Ah oui, à chaque fois que je cherche. Quand je suis parti à la Rochelle, c'est mon frère qui me l'a dit parce que mon frère était tout près et il était chez des amis à la Rochelle et il m'a dit voilà, à la Rochelle il y a un poste donc c'est comme ça que j'ai eu le poste. Laval aussi c'était un ami qui était assistant aussi à Laval qui m'a appelé... donc c'est toujours comme ça. Il ya toujours quelqu'un qui nous oriente, oui, tout à fait. Et là, je suis venu dans cette ville parce que ma femme était tout près, à Fontenay le Comte, c'est pour ça. » (D2).

Ainsi, huit médecins ont appelé à l'hôpital Nord-Deux-Sèvres ou déposé leur candidature parce que des amis, le plus souvent des médecins qui travaillaient déjà dans l'hôpital, les avaient informés qu'il y avait des places libres. Deux médecins nous ont raconté être arrivés ici un peu par hasard, à la suite de rencontres totalement imprévues.

« En 1984, je suis parti de Taroudant pour rejoindre mes parents qui étaient à Kenitra près de Rabat où j'ai continué à faire quelques remplacements sur place et c'est là que j'ai rencontré le docteur X. En fait j'ai assisté à la soutenance de thèse d'un médecin qui avait fait un travail de thèse en France pour le compte de la faculté de Rabat. C'est là que j'ai rencontré le docteur X car comme c'était le rapporteur de thèse de ce médecin, il était venu avec lui pour sa soutenance. C'est le docteur X qui a fait que quand je suis venu en France, je suis venu directement à l'hôpital de Bressuire où je suis resté quelques mois, puis je suis venu ici à Parthenay et depuis je suis tout le temps resté. » (D14).

« Je me rappelle j'étais à Angers dans un grand magasin et j'ai croisé une compatriote qui était avec moi en promotion. On a discuté, elle me disait qu'elle était là parce que son mari travaillait à Thouars et moi que je venais d'arriver et que je cherchais du boulot. Et elle m'a dit « Je te donne son numéro de téléphone, tu l'appelles puis tu appelles l'hôpital car apparemment il a entendu dire qu'ils cherchent des médecins. » J'ai appelé, ils m'ont dit oui et deux jours après j'étais là, voilà. Vous voyez vraiment si je n'avais pas croisé cette collègue, je pense que je n'aurais pas dû atterrir ici. » (D13).

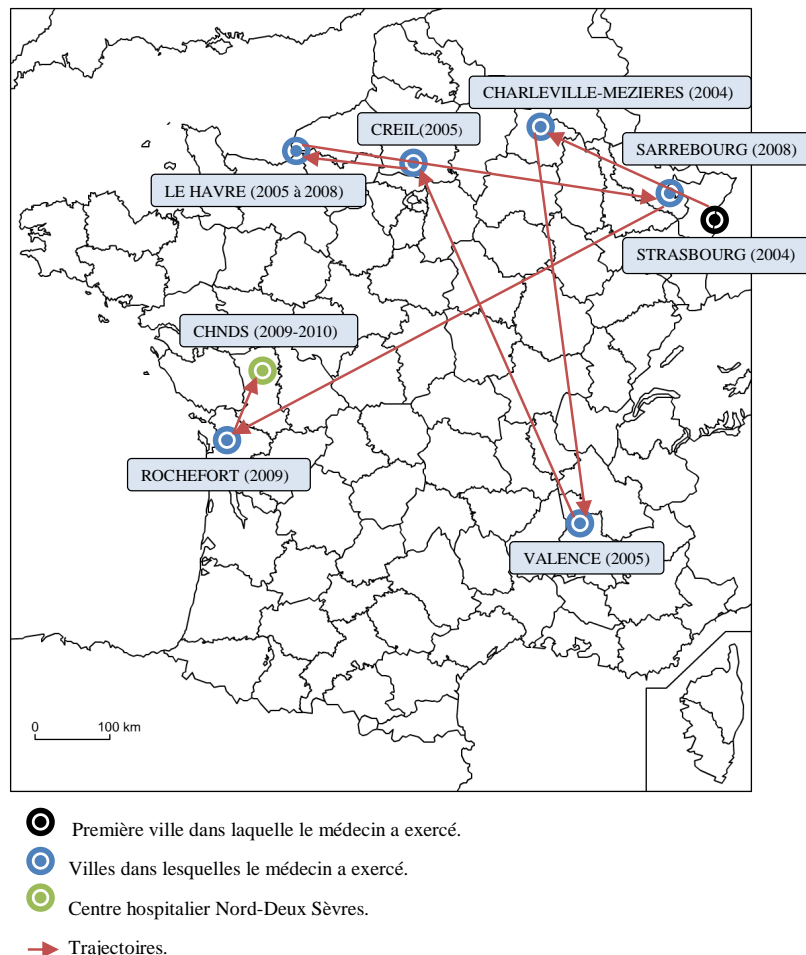
Pour ces deux médecins, qui aujourd'hui font partie des plus anciens praticiens de l'hôpital, leur arrivée au CHNDS fut un véritable concours de circonstance. Toutefois ce n'est pas le cas des six autres médecins qui ont activé leurs réseaux afin d'être informés des endroits où il y avait des postes vacants. Nous avons pu constater que les médecins font appel à différentes formes de réseaux : familiaux, sociaux, professionnels mais aussi migratoires.

« 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 seul donc c'est pour ça que j'ai fait ce que j'ai pu faire depuis mon arrivée que tout le plan professionnel, personnel et tout. » (D9).

Effectivement, nous avons pu vérifier en comparant les parcours des médecins que ceux qui nous ont dit avoir eu des contacts dans le monde médical en France ont pu plus facilement et rapidement intégrer le système que les autres. A l'inverse, les médecins qui n'ont pas de réseaux mettent généralement beaucoup plus de temps à obtenir l'autorisation d'exercice et

ont une plus grande mobilité. Par exemple, les deux médecins du premier groupe, qui ont dû faire d'autres métiers, n'avaient aucune connaissance pour les conseiller ou les orienter. Il en va de même pour le médecin franco-Syrien, dont le parcours est cartographié ci-dessous, qui a travaillé dans huit hôpitaux différents, répartis aux quatre coins de la France, en seulement six ans.

Carte 5 : Parcours professionnel en France du médecin (D1).



In fine, les réseaux, de quelque type qu'ils soient, ont donc non seulement été un élément essentiel dans la construction et la mise en place des projets de départs mais ils ont été surtout un facteur important dans la constitution et l'orientation des parcours de certains médecins diplômés hors UE.

c/ Un réseau malgache au centre hospitalier Nord-Deux Sèvres ?

En observant les statistiques et les profils des PADHUE de l'hôpital Nord-Deux-Sèvres, nous avons inmanquablement remarqué le nombre important de médecins originaires du Maroc et du Madagascar. Lors de nos entretiens, nous avons donc cherché à savoir s'il existait un lien entre les médecins ayant des mêmes origines. Pour les médecins diplômés au Maroc nous avons vite constaté qu'il s'agissait d'une coïncidence, ce qui n'a rien d'étonnant puisque les médecins marocains sont le deuxième groupe de praticiens le plus important en

France parmi les médecins diplômés hors UE. Par contre, pour les médecins originaires du Madagascar, c'est le premier médecin malgache qui est arrivé au CHNDS en 2007 qui a fait venir tous les autres excepté un jeune qu'il ne connaissait pas. Il est important de signaler que tous les médecins malgaches qui sont venus au CHNDS par l'intermédiaire de ce médecin étaient déjà installés en France.

« Tous les Malgaches qui sont ici c'est moi qui les ai fait venir sauf celui qui est en psychiatrie que je ne connais pas. Par contre il y a en a un autre qui va commencer après demain, c'est encore moi qui l'ai fait venir. Je suis le premier Malgache qui a travaillé à Parthenay dans le Nord-Deux-Sèvres. Il y a une opportunité donc je la signale à ceux que ça intéresse. [...] J'ai beaucoup contacté parce qu'il y a encore des postes. Tout ça ce sont des gens de ma promo, ça c'est clair. Après il y en a une que je ne connaissais pas mais qu'un autre que j'ai fait venir connaissait et ainsi de suite. Bon pour le moment on est sept Malgaches dans le Nord-Deux-Sèvres. » (D8).

L'arrivée de cinq et bientôt six Malgaches en quatre ans, par l'intermédiaire du premier qui est arrivé à l'hôpital, montre à quelle vitesse des réseaux peuvent se mettre en place. Les réseaux peuvent ainsi être considérés comme des éléments qui guident et orientent les parcours de certains médecins. Quelques médecins nous ont même dit que le seul élément qui les a fait venir dans cet hôpital était la présence de leurs compatriotes.

« Je ne connaissais pas Parthenay, comme je ne connaissais pas Strasbourg, ni Troyes. En fait je m'en fous de où je suis. Moi je suis venu ici parce que mon compatriote m'a dit qu'il y avait un poste, que je n'avais qu'à envoyer ma demande et qu'il s'occuperait de parler au chef de service. C'est pour ça que je suis là, c'est tout. » (D11).

Les réseaux jouent donc un poids considérable dans des prises de décision, dessinant ainsi les trajectoires de certains médecins jusqu'à une région, un territoire où un hôpital. Ce constat, associé au fait que les statistiques concernant les pays de naissance des PADHUE de notre terrain de recherche ne reflètent pas les statistiques nationales, dans le sens où par exemple les Algériens ne sont pas plus nombreux que les Malgaches au CHNDS alors qu'à l'échelle nationale il s'agit du groupe le plus important, nous ont confrontés aux limites d'une ethnographie à une échelle locale. En effet, nous émettons l'hypothèse que la force des réseaux des médecins aurait créé une répartition différente des médecins entre les hôpitaux et les territoires en fonction de leur pays d'origine. Ainsi un travail de comparaison entre différents établissements serait opportun dans le sens où il nous permettrait d'extraire et d'analyser un plus grand nombre de profils de médecins et par conséquent d'approfondir nos recherches sur les réseaux.

4/ Des parcours atypiques.

A travers cette dernière sous-partie, nous avons décidé de présenter deux parcours qui nous ont paru atypiques afin d'illustrer la spécificité de certains parcours. Nous avons retenu un premier parcours que nous qualifions de « brillant » en raison de la rapidité à laquelle ce médecin a intégré le système et un second que l'on peut considérer comme en partie « illégal » car ce médecin a longuement travaillé pour une clinique privée avant d'être contraint d'aller dans le domaine public.

a/ L'exemple d'un parcours « brillant » et le choix volontaire d'être venu en Nord-Deux-Sèvres.

Nous avons souhaité présenter le parcours d'un jeune médecin d'origine marocaine en raison des décalages qu'il présente par rapport aux éléments communs que nous avons pu trouver à d'autres médecins. Ce praticien fait partie du troisième groupe que nous avons présenté auparavant, il est arrivé en France en 2004, a obtenu le concours « NPA » en 2006, et il est actuellement « assistant spécialiste associé » et pourra très prochainement s'inscrire au tableau du conseil de l'ordre. Ce médecin est le seul d'origine marocaine arrivé en France récemment que nous ayons rencontré. Il a la particularité d'avoir migré avec sa femme, également médecin, dans le but de venir faire une spécialité à Strasbourg en gynécologie médicale, spécialité qui n'existe que dans deux pays au monde (France et Espagne). Contrairement à la majorité des praticiens d'origine marocaine, ils sont venus dans l'objectif de faire cette spécialité mais ne savaient pas s'ils retourneraient au Maroc ou s'ils resteraient en France. Ils attendaient de voir comment était la vie en France. La seconde particularité de ces médecins est leur rapide obtention d'une procédure d'autorisation. En effet, dès qu'ils ont fini leur spécialité, ils ont passé et obtenu la procédure « NPA ». En 2006, ils obtiennent tous les deux la procédure et en raison de leur excellent classement (1^{er} pour le mari et 4^{eme} pour sa femme) ils choisissent d'aller à Paris. En effet, rappelons que la procédure « NPA » fut la seule à proposer des postes ouverts à l'issue du concours que l'on choisissait en fonction de son classement. Ainsi, ce couple de médecins fait encore figure d'exception car ils sont les seuls à avoir travaillé à Paris dans des hôpitaux renommés, puisque l'homme a exercé à l'hôpital Saint Antoine. Au bout des trois années à Paris, ils décidèrent de quitter la capitale en raison de la naissance de leur petite fille. Malgré des propositions dans de grands hôpitaux situés à Dijon ou en banlieue parisienne, ils firent le choix de venir au centre hospitalier Nord-Deux Sèvres en raison de la proximité d'amis dans les alentours de Poitiers mais surtout parce que la structure les intéressaient particulièrement.

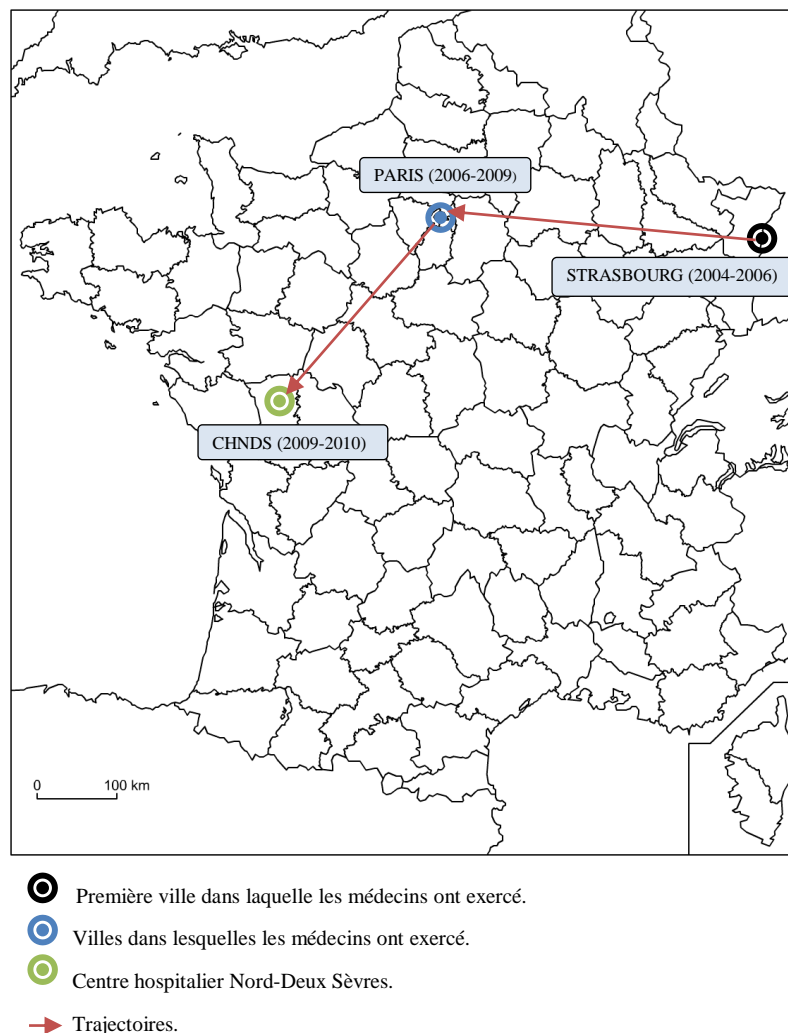
« Il y a un élément qui est très important aussi, c'est qu'on nous a dit qu'il y a pas mal de choses à développer dans le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres notamment des activités de procréations médicalement assistées pour faire redémarrer un peu aussi le centre périnatal. [...] C'est vrai que dans une grande structure il ya plus d'activités, dans un centre, dans une grande ville il ya toujours de l'activité, mais il n'y a pas ce côté un peu challenge de développer un peu les choses. Nous on s'est dit on va y aller, on a la direction médicale

derrière nous, il y a des choses à développer donc on y va. On y a cru et pour l'instant ça a l'air de bien marcher ». (D10).

Ces médecins qui avaient la possibilité d'aller travailler dans des grands établissements en raison de la rareté de leur spécialité, ont au contraire fait le choix d'aller travailler dans un hôpital « de campagne » pour développer la structure. Ici, nous observons de nouveau une nette différence avec la majeure partie des autres PADHUE qui sont souvent venus parce qu'ils avaient la possibilité de trouver un emploi.

De par leur mobilité et leur rapide intégration du système de santé, le parcours de ce couple illustre parfaitement l'impact de la législation et des procédures mises en place au moment de l'arrivée de médecins en France dans la construction des carrières des médecins diplômés hors UE.

Carte 6 : Parcours professionnel en France du médecin (D10) et de sa femme.



b/ L'exemple d'un parcours « illégal » : du privé au public.

Le dernier parcours que nous avons décidé de présenter à retenu notre attention en raison de son caractère très particulier, puisque en partie « illégal ». Le médecin dont nous allons présenter le parcours est arrivé en France en 2000, il est actuellement « assistant spécialiste associé » aux urgences de Parthenay. Il s'agit du premier médecin malgache arrivé au centre hospitalier Nord-Deux Sèvres dont nous avons parlé précédemment. Ce praticien est donc arrivé en France à l'époque où il était interdit de recruter de « nouveaux » médecins diplômés hors UE. Or, il n'a pas eu de difficulté à trouver un emploi en raison de son réseau familial. Sur les conseils de son père, il est allé voir son oncle, à l'époque médecin à l'hôpital de Pellegrin à Bordeaux, qui lui a trouvé un poste en moins de quinze jours. Ainsi, cet homme a fait des remplacements dans la région bordelaise pour une clinique privée durant six ans alors qu'il ne possédait pas d'autorisation d'exercice. Rappelons qu'il est normalement interdit aux médecins diplômés hors EU de pouvoir travailler dans le secteur privé tant qu'ils n'ont pas le plein exercice de la médecine.

« Je travaillais dans une clinique, j'étais le seul médecin étranger. J'ai eu cette place parce que mon oncle était médecin et professeur à l'Université. C'était de la magouille mais j'ai trouvé une place de médecin directement là-bas sous couverture de telle, telle et telle personnes parce que les besoins étaient énormes et qu'ils ne trouvaient personne. [...] Mais ça a commencé à se gâter en 2005 car mon oncle est décédé en 2004 donc le centre a commencé à me dire qu'il fallait que je bouge car il ne pouvait pas maintenir ce circuit éternellement. » (D8).

Comme la clinique ne souhaitait plus garder ce médecin, c'est la raison pour laquelle il a passé le concours « NPA » en 2005 afin de pouvoir trouver un emploi dans le secteur public. Toutefois, il a réussi à rester en poste à la clinique jusqu'à la fin de l'année 2006. Ce médecin nous a avoué être resté le plus longtemps possible dans la clinique en raison de la rémunération qui était beaucoup plus importante que celle qu'il touche actuellement à l'hôpital. Finalement, il est venu exercer à l'hôpital Nord-Deux-Sèvres au début de l'année 2007 car c'était le poste le plus proche de Bordeaux qui lui était proposé en raison de son classement au concours « NPA ».

L'exercice « illégal » de cet homme dans le domaine privé expose ainsi le rôle essentiel joué par son contact familial dans sa recherche d'emploi. Il illustre aussi clairement le problème de l'évolution de la démographie médicale qui a entraîné un manque de médecins non seulement dans les hôpitaux publics mais également dans le secteur privé. Ce médecin fut le seul à exercer si longtemps dans le domaine privé, toutefois, d'autres médecins nous ont dit avoir travaillé temporairement dans des établissements privés qui étaient en manque de personnel. La description de ce parcours permet de mettre en avant le fait que les hôpitaux publics n'étaient donc pas les seuls à employer des PADHUE « illégalement » afin de pouvoir faire tourner leurs services, malgré tous les risques qu'ils engendraient.

La présentation de deux parcours de médecins diplômés hors UE, que nous avons estimé être atypiques, permet de mesurer le caractère particulier et exceptionnel de chaque

parcours. En effet, bien que nous avons pu exposer des éléments communs à quelques groupes de médecins, il est nécessaire de garder à l'esprit que les carrières et les parcours de ces médecins sont tous spécifiques et se sont construits de différentes manières en fonction d'événements et d'éléments d'ordre familial, relationnel, générationnel ou encore structurel.

Conclusion de la troisième partie.

A travers cette troisième partie, nous avons exposé les résultats de l'analyse de l'échantillon des vingt médecins diplômés hors UE résultant de notre enquête au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

L'étude de l'évolution des projets migratoires et de la construction des parcours professionnels de ces médecins nous a permis de montrer la réelle complexité des parcours de vie de ces migrants hautement qualifiés. En effet, face à une législation extrêmement mouvante et évolutive, ne facilitant pas l'intégration du corps médical français, ces médecins doivent faire preuve d'adaptation, mettre en place des stratégies, saisir des opportunités ou encore faire fonctionner leurs réseaux. Or, au-delà de cette législation, souvent vécue comme une contrainte, ces hommes et ces femmes doivent articuler leur vie personnelle et de famille. Ainsi, ils sont souvent obligés de transformer et de redéfinir de manière permanente leurs projets initiaux au gré des circonstances et des différents événements.

L'analyse de la mobilité, des parcours mais également des stratégies de ces praticiens, nous a permis de voir que les PADHUE sont aujourd'hui une réponse efficace aux problèmes liés à l'évolution de la démographie médicale française. L'omniprésence de petits hôpitaux « périphériques », souvent en difficultés, durant leur parcours et leur orientation ou reconversion vers les spécialités les plus en manque de personnel montre que ces médecins servent le plus souvent à compléter les postes vacants et à faire tourner les services « désertés » par les médecins diplômés en France.

In fine, nous avons pu exposer, à travers cette partie, la grande diversité des profils des PADHUE aussi bien dans leur mobilité, dans leur pays d'origine, dans leur projet, que dans les différentes stratégies mises en place pour intégrer le système de santé français.

Conclusion Générale

Le centre hospitalier Nord-Deux-sèvres nous offre un cadre privilégié pour l'étude de la situation des médecins diplômés hors Union Européenne. L'étude des parcours et des projets migratoires de médecins exerçant dans un hôpital « rural » permet d'exposer le rôle d'ajustement et d'équilibrage qu'ont ces migrants hautement qualifiés dans un système de santé soumis à des disparités régionales dans la répartition des personnels médicaux au niveau national.

En effet, l'arrivée constante de ces médecins depuis les années 1980, venus grossir progressivement les effectifs des hôpitaux délaissés par les praticiens à diplôme français, et alimenter, au sein de ces structures, les effectifs des spécialités les moins attractives, souligne le rôle et la place originales et inédites de ces praticiens dans le fonctionnement du système de santé français.

Face à une législation mouvante, génératrice d'obstacles et de difficultés, l'analyse des parcours de ces praticiens révèle une certaine forme d'adaptation et la mise en place de diverses stratégies dans le but de pouvoir intégrer le corps médical français. L'analyse d'un échantillon varié de praticiens montre des comportements différents en fonction de leur âge, de leur pays d'origine, de la période à laquelle ils sont arrivés, de leur famille, de leurs réseaux ou encore de leurs projets initiaux.

Par ailleurs, l'analyse des contenus initiaux des projets migratoires de ces médecins permet d'écarter le modèle push/pull mettant les motivations économiques comme moteur fondamental de ces migrations. Nous avons vu que ces migrants sont rarement informés du fonctionnement du système de santé français au moment où ils décident de partir et que, bien souvent, ces migrations étaient envisagées comme temporaires, comme la réalisation d'une envie de découvrir un autre pays et/ou de se perfectionner.

Les analyses théoriques conjointes des parcours et des projets migratoires des PADHUE, par le biais d'une enquête biographique, se sont révélées particulièrement fructueuses et adaptées pour saisir le caractère évolutif et mouvant de la notion de projet migratoire. Ainsi, nous avons vu que la redéfinition des projets migratoires et la construction des parcours s'effectuent au gré des événements de la vie de chaque individu. L'étude des parcours et des projets des PADHUE a ainsi permis d'extraire les facteurs de différents ordres (législatifs, familiaux ou encore relationnels) qui les orientent et les modifient.

Cette étude a pour intérêt d'apporter de nombreuses informations sur des migrants hautement qualifiés, encore peu étudiés, qui sont devenus une main d'œuvre précieuse car indispensable dans le fonctionnement d'un secteur primordial dans notre société, celui du domaine hospitalier.

Toutefois, le fait d'avoir mené nos recherches dans un seul hôpital nous a confronté à un certain nombre de limites qui nous amène à penser qu'il serait pertinent de réaliser un travail comparatif entre différentes structures hospitalières. Ainsi, nous envisageons de réaliser nos futures recherches à l'échelle nationale en nous attachant plus particulièrement à l'échelle d'une région. Une telle recherche nous permettrait d'effectuer, à un premier niveau, une exploitation des données démographiques sur les PADHUE exerçant sur l'ensemble du territoire français. Elle porterait des réponses en termes de répartition de ces praticiens entre les différentes régions françaises. A un second niveau, une analyse pointue des hôpitaux situés en Poitou-Charentes nous permettrait d'exposer la répartition infrarégionale et infra-départementale de ces médecins dans une région particulièrement touchée par la problématique de la « pénurie médicale ». Ainsi nous pourrions réaliser une collection de cartes représentant la répartition géographique des PADHUE en France, dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes, leur répartition dans les différents services, leurs statuts, leurs pays d'origine ou encore les raisons de leur installation dans la région étudiée. A un dernier niveau, ce travail serait porteur de nombreuses informations sur les enjeux qui se tissent au niveau des différents établissements hospitaliers, sur les politiques de recrutement des structures hospitalières et sur la place et le rôle que jouent ces médecins dans le fonctionnement de ces mêmes structures. Enfin, ce travail, qui nous permettrait d'obtenir un échantillon beaucoup plus important de médecins diplômés hors UE, pourrait nous permettre d'analyser de manière plus précise les facteurs qui orientent et construisent les parcours et les projets migratoires de ces médecins ainsi que l'impact des réseaux (nationaux et internationaux) des médecins sur leur migration et leur mobilité. Nous pourrions non seulement approfondir l'ensemble des résultats que nous avons obtenu cette année mais également répondre à un certain nombre d'hypothèses soulevées dans ce mémoire comme par exemple l'éventuelle spécificité des projets migratoires des femmes-PADHUE.

Bibliographie

- ARAB Chadia**, *Des anciennes filières aux nouvelles stratégies migratoires. Le cas de Ait Ayad au Maroc*, Mémoire de D.E.A, Université de Poitiers, Poitiers, 2001.
- ARAB Chadia**, *La circulation migratoire des Ait Ayad. Construction d'un espace migratoire entre le Maroc, la France, l'Espagne et l'Italie*, Thèse de Géographie, Université de Poitiers, Poitiers, 2007.
- BERNARD-GROUPEAU Anne**, *La fuite des cerveaux : exil forcé ou exil doré ?*, Ellipses, Paris, 2007.
- BERTAUX Daniel**, *Le récit de vie*, Armand Colin, Paris, 2005.
- BOURGUEIL Yann, MOUSQUES Julien et TAJAHMADY Ayden**, *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature*, in, Questions d'économie de la santé, N°116, pp.1-6, Décembre 2006.
- BOURGUEIL Yann, MOUSQUES Julien, MAREK Anna et TAJAHMADY Ayden**, *Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France*, in, Question d'économie de la santé, N°122, pp.1-6, Mai 2007.
- BOYER Florence**, *Le projet migratoire des migrants touaregs de la zone de Bankilaré : la pauvreté désavouée*, in, Stichproben Zeitschrift für kritische Afrikastudien, N°8, 2005.
- BOYER Florence**, *Etre migrant et Touareg de Bankilaré (Niger) à Abidjan (Côte d'Ivoire) : des parcours fixes, une spatialité nomade*, Thèse de Géographie, Université de Poitiers, Poitiers, 2005.
- BLANCHET Alain et GOTMAN Anne**, *L'entretien*, Armand Colin, Paris, 2009.
- BONNICI Bernard**, *La politique de santé en France*, PUF, Que sais-je ?, Paris, 2003.
- CARRERE Violaine**, *Du pillage des cerveaux*, in, Plein droit, N°73, pp.21-25, Juillet 2007.
- CASH Roland et ULMANN Philippe**, *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, 2008.
- CNOM**, *Les conditions d'exercice de la médecine en France*, document du Conseil national de l'ordre des Médecins, Mai 2008.
- CNOM-INSTITUT BVA**, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*, Mars 2007.

- CORTES Geneviève et FARET Laurent**, *Les circulations transnationales : lire les turbulences migratoires contemporaines*, Armand Colin, Paris, 2009.
- COUFFINHAL Agnès et MOUSQUES Julien**, *Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques*, in, *Questions d'économie de la santé*, N°45, pp.1-6, Décembre 2001.
- COURGEAU Daniel**, *Du groupe à l'individu : synthèse multiniveau*, Institut National d'Etudes Démographiques, Paris, 2004.
- DALKILIC Serdar, MERIC Melih et TRUJILLO GUITERREZ Patricio**, *Evaluation au sein de l'Union européenne de la qualité des diplômés internationaux en médecine (DIM) venant de l'extérieur de l'UE*, « Rapport PADHUE » de la Fédération des Praticiens de Santé (FPS), 29 Avril 2008.
- DEAU Xavier**, *Etude de la problématique des PADHUE (Praticiens à diplôme hors union européenne)*, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins le 28 Avril 2006.
- DE KERVASDOUE Jean**, *L'hôpital*, PUF, Que sais-je ?, Paris, 2007.
- DE KERVASDOUE Jean**, *La crise des professions de santé*, Dunod, Paris, 2003.
- DE KERVASDOUE Jean**, *La carnet de santé de la France en 2000*, Syros, Paris, 2000.
- DENOIR.L, JUNKA.R et RIGAUDIAT.D**, *Les médecins étrangers dans les hôpitaux*, in, *Migrations Etudes*, N°21-22, pp.1-6, Octobre-Novembre 1991.
- DENOUR Linda et JUNKER Rémi**, *Les médecins étrangers dans les hôpitaux français*, in, *Revue européenne des migrations internationales*, Volume 11, N°3, pp.145-166, 1995.
- DENOUR Linda et JUNKER Rémi**, *Médecins étrangers des hôpitaux publics : une reconnaissance progressive*, in, *Hommes et migrations*, N°1221, pp.41-55, Septembre-Octobre 1999.
- DREXLER Armelle**, *Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*, Mémoire pour l'Ecole des Hautes Etudes en Santé publique, 2008.
- DUREAU Françoise et HILY Marie-Antoinette (dir.)**, *Les mondes de la mobilité*, PUR, Paris, 2009.
- ETTAHIRI Lucile**, *Médecins étrangers : quel avenir en France ?*, in, *Plein droit*, N°26, pp.33-37, Octobre-décembre 1994.
- FARHAT Hiam**, *La construction de l'identité à travers la trajectoire de vie de médecins français d'origine libanaise*, Mémoire de D.E.A, Université de Poitiers, Poitiers, 1995.

- FERRE Nathalie**, *Recherche « compétences et talents »*, in, *Plein droit*, N°73, pp.16-17, Juillet 2007.
- FERRE Nathalie**, *Sur le terrain des discriminations*, in, *Plein droit*, N°49, pp.8-11, Avril 2001.
- FPS**, *Synthèse de l'enquête sur les médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice en France*, Document de la Fédération des Praticiens de Santé, Juin 2005.
- GAILLARD Anne-Marie**, *La mobilité internationale des personnes hautement qualifiées dans un monde globalisé*, in, *La Migration Nord/Sud : la problématique de l'exode des compétences*, pp.15-26, 2001.
- GALABRU Françoise**, *La médecine en France : quelle place aux médecins à diplôme étranger non européen*, Centre des hautes études d'Afrique et d'Asie modernes, Paris, 2000.
- GIROUD Matthieu**, *Résister en habitant ? Renouvellement urbain et continuités populaires en centre ancien (Berriat Saint-Bruno à Grenoble et Alcântara à Lisbonne)*, Thèse de Géographie, Université de Poitiers, Poitiers, 2007.
- **GLATRON Marion, JACOB Jean-Yves et VIGNERON Emmanuel**, *Santé publique et aménagement du territoire*, Festival international de Géographie de Saint-Dié des Vosges, 6 Octobre 2000, p.6,
http://xxi.ac-reims.fr/fig-st-die/actes/actes_2000/vignerons/article.htm.
- Groupe de Réflexion sur l'Approche Biographique**, *Biographies d'enquêtes : Bilan de 14 collectes biographiques*, PUF/DIFFUSION, Paris, 1999.
- Groupe de Réflexion sur l'Approche Biographique**, *Etats flous et trajectoires complexes : Observation, modélisation, interprétation*, INED, Paris, 2006.
- HALIOULA Bruno**, *Blouses Blanches, étoiles jaunes*, Editions Liana Levi, Paris, 2002.
- HARRIBEY Jean-Marie**, *Le Petit Alter, dictionnaire altermondialiste*, Attac, Paris, 2006.
- IMBERT Jean**, *Les hôpitaux en France*, PUF, Que sais-je, Paris, 1994.
- LARABIA Denis et TRABAJO Isabelle**, *Des travailleurs en sursis*, in, *Plein droit*, N°73, pp.7-10, Juillet 2007.
- LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaelle**, *Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} Janvier 2009*, Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins.
- LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaelle**, *Atlas de la démographie médicale en Région Poitou-Charentes, Situation au 1^{er} Janvier 2009*, Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins.
- LE ESPIRITU Yen**, *Filipina Health Care Professionals to the United States*, in, *Revue européenne des migrations internationales*, Volume 21, N°1, pp.55-75, 2005.

-LEVY Jacques et LUSSAULT Michel, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, belin, Paris, 2003.

-LUCAS-GABRIELLI Véronique et COLDEFY Magali, *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*, in, *Pratiques et Organisation des soins*, volume 41, n° 1, pp.73-80, 2010.

-MALYE François, HOUDART Philippe et VINCENT Jérôme, *Le livre noir des hôpitaux*, Calmann-lévy, Paris, 2009.

-MA MUNG Emmanuel, *Autonomie, migrations et altérité*, H.D.R, Université de Poitiers, Poitiers, 1999.

-MEYER Jean-Baptiste, *Les diasporas de chercheurs, un atout pour l'avenir ?*, in, *Pour la science*, n°328, pp.26-30, 2005.

-MEYER J.B et DUMONT J.C, *La mobilité internationale des professionnels de la santé : évaluation et enjeux à partir du cas sud-africain*, in, *Tendances des migrations internationales*, SOPEMI, OCDE, Paris, 2003.

-NEDELCU Mihaela, *Stratégies de migration et d'accès au marché du travail des professionnelles roumaines à Toronto*, in, *Revue européenne des migrations internationales*, volume 21, n°1, pp.1-24, 2005.

-NICOLEAU Sylvie, *La place de l'étudiant et du médecin étrangers dans le système de santé français*, Mémoire de D.E.A, Université de Poitiers, Poitiers, 1996.

-OCDE, *Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés*, Perspectives des migrations internationales : SOPEMI, rapport de l'OCDE, 2007.

-OMS, *Travailler ensemble pour la santé*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève, 2006.

-ONDPS, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité*, Tome 2 du rapport annuel 2004 de l'Observatoire Nationale de la Démographie des professions de Santé.

-ONDPS, *Le renouvellement des effectifs médicaux*, Tome 3 du rapport annuel 2008-2009 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

-PALIER Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, PUF, Que sais-je ?, Paris, 2009.

-PERCOT Marie, *Les infirmières indiennes émigrées dans les pays du Golfe : de l'opportunité à la stratégie*, in, *Revue européenne des migrations internationales*, Volume 21, N°1, pp.2-21, 2005.

- PICHERAL Henri et VIGNERON Emmanuel**, *La mobilité des médecins en France : du lieu de formation au lieu d'exercice*, in, Espace Populations Sociétés, Volume 1, pp.45-54, 1996.
- RIGAUDIAT Danielle**, *Les médecins étrangers issus de pays hors C.E.E dans l'hôpital public*, Fondation de l'avenir, Paris, 1991.
- ROQUES Laurence**, *La politisation du droit de la nationalité*, in, Plein droit, N°79, pp.3-6, Décembre 2008.
- ROSENTAL Paul-André**, *Les sentiers invisibles. Espace, familles et migrations dans la France du XIXe siècle*, édition de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1999.
- RYGIEL Philippe** (dir.), *Le bon grain et l'ivraie, la sélection des migrants en occident, 1880-1939*, Aux lieux d'être éditions, Paris, 2006.
- RYGIEL Philippe**, *Le temps des migrations blanches : migrer en occident (1840-1940)*, Aux lieux d'être éditions, Paris, 2007.
- SAYAD Abdelmalek**, *l'immigration*, De Boeck Université, Paris, 1992.
- SAYAD Abdelmalek**, *La double absence, des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Liber, Seuil, Paris, 1999.
- SCHAEFFER Fanny**, *Champ, réseau et circulation migratoires : articulation de ces trois notions à travers l'étude de la migration marocaine*, Mémoire de D.E.A, Université de Poitiers, Poitiers, 1999.
- SCHOR Ralph**, *Français et immigrés en temps de crise (1930-1980)*, l'Harmattan, Paris, 2004.
- SIMON Patrick** (dir.), *Discrimination et emploi, repérer et agir*, Profession banlieue, Paris, 2001.
- SIMON Gildas**, *La planète migratoire dans la mondialisation*, A.Colin, Paris, 2008.
- STADLER Sarah et BROVIA Cristina**, *Attirer les étudiants de haut niveau*, in, Plein droit, N°73, pp.11-15.
- STINGRE Didier**, *La fonction publique hospitalière*, PUF, Que sais-je ?, Paris, 2008.
- TONNELIER François et VIGNERON Emmanuel**, *Géographie de la santé en France*, PUF, Que sais-je ?, Paris, 1999.
- WAGNER Anne-Catherine**, *Les nouvelles élites de la mondialisation. Une immigration dorée en France*, PUF, Paris, 1998.
- VAILLANT Zoé et SALEM Gérard**, *Atlas mondial de la santé*, Autrement, Paris, 2008.

-**VARREL Aurélie**, « *Back to Bangalore* » *Etude géographique de la migration de retour des Indiens très qualifiés à Bangalore (Inde)*, Thèse de géographie, Université de Poitiers, Poitiers, 2008.

-**VIGNERON Emmanuel**, *Pour une approche territoriale de la santé*, éditions de l'Aube DATAR, Paris, 2002.

-**VIGNERON Emmanuel**, *Santé et territoires*, La documentation française, col. La documentation photographique, Paris, 2000.

-**WOLMARK Cyril**, *Les responsabilités sans le statut*, in, *Plein droit*, N°41-42, pp.16-20, Avril 1999.

-**WOLMARK Cyril**, *Médecins étrangers : un pas vers l'égalité ?*, in, *Plein droit*, N°49, pp.12-14, Avril 2001.

-**WOLMARK Cyril**, *Solutions à court et à moyen terme pour les médecins à diplôme étranger*, in, *Migrations société*, Volume 16, N°95, pp.83-91, 2004.

Filmographie

-**DESQUEYROUX-QUIDU.G**, *Les médecins étrangers, praticiens de seconde zone en France*, Reportage France 24, 18 Juin 2008.

-**HEDON Claire**, *Médecins à diplôme étranger : entretien avec le Docteur Jamil AMHIS (Président de la Fédération des Praticiens de santé)*, Emission « *Priorité santé* » de Radio France Internationale du 14 Mars 2007.

-**JALBERT Béatrice**, *Toubib or not toubib ? : Médecins d'ici, venus d'ailleurs*, Les films de la Passion, Public sénat, Telessonne, 2006.

-**MERCURIO Stéphane**, *Hôpital au bord de la crise de nerfs*, Doc Net films, 2003.

Sites internet

-<http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Internet.poitou-charentes.0.html>

-<http://www.chnds.fr/>

-<http://www.chu-poitiers.fr/>

-<http://www.cng.sante.fr/>

-<http://www.conseil-national.medecin.fr/>

-<http://droit-medecine.over-blog.com/article-20781059.html>

-<http://www.halde.fr/>
-<http://www.la-fps.fr/>
-http://www.oecd.org/home/0,3305,fr_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html
-<http://www.praticien-hospitalier.com/>
-<http://www.sante-sports.gouv.fr/>
-<http://www.snpadhue.com/>
-<http://www.urcam.fr/portail.0.html>
-<http://www.who.int/fr/> (site de l'OMS)

Références législatives

-Code de la santé publique, article L356-2 (1989) :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=7005284E47BF20F5056AED1E9C954659.tpdjo09v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006692962&dateTexte=20100313&categorieLien=id

-Loi N°95-116 (création statut PAC ; 1995) :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000166739>

-Loi N°99-641 (création CMU ; 1999):

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392>

-Articles L4111-2 et L4221-12 de code la santé publique (2004) :

http://www.snpadhue.com/docs/NPA-CODE_DE_%20LA_SANTE_PUBLIQUE.pdf

-Décret d'application de la Nouvelle procédure d'autorisation (2004):

http://www.snpadhue.com/docs/Decret_du_08_juin_2004.pdf

-Décret d'application de la Procédure d'autorisation d'exercice (2007) :

http://www.snpadhue.com/docs/Decret_Application_Article_83_LFSS_2007.pdf

-Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (2009):

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244

Table des annexes

Annexe 1/ Synopsis des PADHUE enquêtés au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.....	107
Annexe 2/ Thèmes abordés pour le remplissage du questionnaire matriciel avec les PADHUE du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.	111
Annexe 3/ Thèmes abordés durant les entretiens avec les PADHUE du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.....	113
Annexe 4/ Questionnaire matriciel rempli (docteur 9).....	114
Annexe 5/ Retranscription du remplissage de la grille matricielle et de l'entretien avec le docteur 9.....	118
Annexe 6/ Tableau des dispositifs de formations complémentaires en France pour les PADHUE : comparaison entre le régime AFS/AFSA et le régime DFMS/DFMSA.....	128
Annexe 7/ Liste des acronymes.....	130
Annexe 8/ Index des tableaux, graphiques, schémas et cartes.....	132

Annexe 1/ Synopsis des PADHUE enquêtés au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

Numéro du Docteur	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Sexe	H	H	H	H	H	F
Age de la personne	34 ans	52 ans	51 ans	44 ans	28 ans	35 ans
Nationalité	Franco-Syrienne Depuis naissance	Franco-Marocaine depuis 2001	Nigérienne	Franco- Algérienne depuis 1998	Malgache	Libanaise
Situation familiale	Célibataire Sans enfant	Marié Deux enfants	Marié Deux enfants	Marié Trois enfants	Célibataire Sans enfant	Mariée Sans enfant
Situation résidentielle	Locataire	Propriétaire depuis 2005	Locataire	Propriétaire depuis 2006	Logé à l'internat	Locataire
Statut	Praticien attaché associé	Praticien hospitalier	Praticien attaché associé	Praticien hospitalier	FFI	Praticien attaché associé
Site d'exercice	Bressuire	Bressuire	Bressuire	Thouars	Thouars	Thouars
Service d'exercice	Anesthésie	Radiologie	Urgences	Angiologie	Psychiatrie	Médecine Polyvalente
Année(s) d'arrivée et/ou périodes de présence en France	-1976 à 1986. -2004	1988	2002	1991	-2007(1 an) -2009	2007
Année(s) d'arrivée et/ou périodes de travail au CHNDS	2009	1995	2009	-1993 à 1999 -2003 à 2006 -2010	2009	2009
Nombre d'établissements où la personne à exercer la médecine en France (hors gardes ponctuelles)	8	7	2	3	2	2
type de procédure obtenue pour le plein exercice + année de l'obtention	-	PAC en 1999	-	PAC en 1997	-	PAE en 2008

Numéro du Docteur	D7	D8	D9	D10	D11	D12
Sexe	H	H	H	H	H	H
Age de la personne	39 ans	42 ans	43 ans	32 ans	41 ans	47 ans
Nationalité	Franco-Syrienne depuis 2009	Malgache	Franco-Libanaise depuis 2006	Marocaine	Franco-Malgache depuis 2005	Franco-Marocaine depuis 1992
Situation familiale	Marié Sans enfant	Marié Deux enfants	Marié Un enfant	Marié Un enfant	Marié Un enfant	Divorcé Un enfant
Situation résidentielle	Propriétaire depuis 2010	Propriétaire depuis 2008	Propriétaire depuis 2009	Locataire	Propriétaire depuis 2008	Propriétaire depuis 2005
Statut	Praticien Attaché associé	Assistant spécialiste associé	Praticien attaché associé	Assistant spécialiste associé	Praticien attaché associé	Praticien hospitalier
Site d'exercice	Thouars	Parthenay	Thouars	Parthenay	Parthenay	Thouars
Service d'exercice	Urgences	Urgences	Médecine polyvalente	Gynécologie	Médecine polyvalente	Urgences
Année(s) d'arrivée et/ou périodes de présence en France	2001	2000	-1998 à 2000 -2001	2004	1995	1992
Année(s) d'arrivée et/ou périodes de travail au CHNDS	2005	2007	-2003 à 2005 -2007	2009	2007	1993
Nombre d'établissements où la personne à exercer la médecine en France (hors gardes ponctuelles)	5	2	5	3	2	2
type de procédure obtenue pour le plein exercice + année de l'obtention	PAE en 2009	NPA en 2005	PAE en 2009	NPA en 2006	-	PAC en 2000

Numéro du Docteur	D13	D14	D15	D16	D17	D18
Sexe	H	H	H	H	H	H
Age de la personne	49 ans	55 ans	35 ans	42 ans	53 ans	54 ans
Nationalité	Franco-Marocaine depuis 1998	Franco-Marocaine depuis 1992	Tunisienne	Libanaise	Franco-Marocaine depuis 2008	Franco-Marocaine depuis 1991
Situation familiale	Marié Deux enfants	Marié Trois enfants	Marié Sans enfant	Marié Deux enfants	Marié Quatre enfants	Marié Quatre enfants
Situation résidentielle	Propriétaire depuis 2000	Propriétaire depuis 2002	Locataire	Logé à l'internat	Propriétaire depuis 2004	Propriétaire depuis 2005
Statut	Praticien hospitalier	Praticien attaché associé	Assistant spécialiste associé	FFI	Praticien hospitalier	Praticien hospitalier
Site d'exercice	Thouars	Parthenay	Bressuire	Thouars	Thouars	Thouars
Service d'exercice	Urgences	Urgences	Gynécologie	Psychiatrie	Radiologie	Psychiatrie
Année(s) d'arrivée et/ou périodes de présence en France	1990	-1985 à 1993 -1999	2001	2006	1987	-1984 à 2000 -2005
Année(s) d'arrivée et/ou périodes de travail au CHNDS	1990	-1985 à 1993 -1999	2008	2009	1992	-1985 -1995 à 2000 -2005
Nombre d'établissements où la personne à exercé la médecine en France (hors gardes ponctuelles)	1	1	2	2	2	4
type de procédure obtenue pour le plein exercice + année de l'obtention	PAC en 1998	-	PAE en 2009	-	PAC en 1998	PAC en 1996

Numéro du Docteur	D19	D20
Sexe	F	F
Age de la personne	42 ans	52 ans
Nationalité	Malgache	Franco-Algérienne depuis 1999
Situation familiale	Mariée Deux enfants	Divorcée Trois enfants
Situation résidentielle	Locataire	Propriétaire depuis 2009
Statut	Praticien attaché associé	Assistant associé
Site d'exercice	Bressuire	Thouars
Service d'exercice	Gynécologie	Urgences
Année(s) d'arrivée et/ou périodes de présence en France	-2003 (1 an) -2008	-1993
Année(s) d'arrivée et/ou périodes de travail au CHNDS	-2009	-2002
Nombre d'établissements où la personne à exercer la médecine en France (hors gardes ponctuelles)	2	2
type de procédure obtenue pour le plein exercice + année de l'obtention	-	PAE en 2007

Annexe 2/ Thèmes abordés pour le remplissage du questionnaire matriciel avec les PADHUE du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

• **La biographie familiale :**

Les différents événements de la vie familiale de l'enquêté sont identifiés par leur date et leur lieu d'apparition.

- ✓ **Histoire matrimoniale de l'individu :**
 - Le statut de la personne interrogée au moment de l'enquête,
 - La succession éventuelle de mariages, divorces, séparations ou veuvages.

- ✓ **Renseignements sur le ou les conjoint(s) si l'individu est ou a été marié(e) :**
 - Les années de naissance,
 - Les lieux de rencontre,
 - Les professions,
 - Les dates de décès (éventuellement),
 - Les dates d'arrivée en France (éventuellement).

- ✓ **Les enfants de l'enquêté :**
 - Les années de naissance,
 - Les lieux de naissance,
 - Les dates de décès éventuellement,
 - Les dates de départ du logement familial et les raisons du départ (éventuellement),
 - Les dates d'arrivée en France (éventuellement).

- ✓ **Les origines familiales de l'individu :**
 - La date et lieu de naissance de l'enquêté,
 - Les dates de naissance de ces parents,
 - Les dates et lieux de décès de ces parents (éventuellement),
 - Les professions des parents,
 - Le nombre de frères et sœurs.

- **La biographie professionnelle et migratoire :**

Les questions reconstituent le parcours migratoire complet de l'individu, qu'il est ainsi possible de suivre dans l'espace et dans le temps, de sa naissance à la date de l'enquête. Elles permettent également de connaître avec une grande précision le parcours professionnel de l'individu, éventuellement jalonné de périodes d'inactivité, de double-emplois, de bénévolat (par exemple pour pouvoir renouveler une carte de séjour)... Nous relevons parallèlement les logements successivement occupés et les changements de périodes d'emploi, afin de mettre plus facilement en relation la vie professionnelle et la vie migratoire.

- ✓ **Enfance, cursus scolaire et universitaire de l'individu**

- Les différents lieux occupés depuis sa naissance jusqu'à la fin de ces études secondaires,
- Les périodes d'internat,
- La date d'entrée à l'Université,
- Le(s) lieu(x) des études de médecine,
- Les dates et lieux d'obtention du diplôme de médecine et autres diplômes de spécialité,
- La date d'obtention de la nationalité française ou d'une double nationalité (éventuellement),
- La ou les date(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 comme par exemple (PAC/NPA/PAE). (éventuellement).

- ✓ **Les périodes d'emploi ou d'inactivité**

- Les différents métiers exercés par l'enquêté (éventuellement),
- Les différents établissements, dans lesquels l'individu 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 il a exercé.

- ✓ **Les logements**

- Les dates et lieux des différents logements occupés (plus de 6 mois) depuis la fin de ses études secondaires jusqu'à aujourd'hui,
- Les différents types d'occupations des logements,
- Les bi-résidences (éventuellement),
- Les différentes personnes qui ont partagé un logement avec la personne enquêtée.

Durant la mise à plat du parcours migratoire et professionnel de l'enquêté, nous cherchons systématiquement à connaître les raisons de sa venue en France des individus ainsi que les raisons des changements de lieux d'emplois et de domiciles dans son pays d'origine, en France, voir même dans les autres pays où il a exercé...

Annexe 3/ Thèmes abordés durant les entretiens avec les PADHUE du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

Il s'agit des grands thèmes destinés aux entretiens avec les médecins. 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 mutuelles** (qui ont pu influencer l'individu dans son parcours migratoire et/ou professionnel ; réseaux professionnels, d'interconnaissances, familiaux, communautaires, syndicaux...)
- ✓ **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.
- ✓ **L'avis de la personne enquêtée sur le système de soin français, sur le système de reconnaissance des diplômes des PADHUE.**
- ✓ **L'avis 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 senti que certains hôpitaux souhaitent vous garder ?
 - Si oui, vous ont-ils conseillé sur les concours pour obtenir le plein exercice ?
 - Ces politiques ont-elles orientées son parcours professionnel ?
- ✓ **L'avis 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 ? Etes-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 au CHNDS ? Pourquoi ?
 - Comment envisagez-vous votre avenir ?

Annexe 4/ Questionnaire matriciel rempli (docteur 9).

Matrice biographique

-Numéro de la personne enquêtée : 9

	Années 1	Age	Lieux de résidence 2		E	Type o ccup ation du foyer 3 4	Etudes 5	Professions 6		Autre 7
			Pays	Villes				Métiers	statuts	
1/ En quelle année est née la personne ?	1967	00	LIBAN	BEYROUTH		1				
2/ Quelles sont ces changements de lieux de résidence ?	1968	01								
	1969	02								
	1970	03								
	1971	04								
3/ Avec qui vivait ou vit la personne ?	1972	05								
(1) parents,	1973	06								
(2) père,	1974	07								
(3) mère,	1975	08								
(4) autres membres de la famille,	1976	09								
(5) seul(e),	1977	10								
(6) colocation,	1978	11								
(7) union libre,	1979	12								
(8) mari ou femme,	1980	13								
(9) mari ou femme avec enfant(s),	1981	14								
(10) seul avec enfant(s)	1982	15								
(11) autre,	1983	16								
4/ Le foyer est :	1984	17								
(1) une propriété,	1985	18								
(2) une location	1986	19	X							
(3) logé par l'hôpital	1987	20					E			
(4) autres....	1988	21								
	1989	22								

Questionnaire matriciel pour l'enquête PADHUE/ Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres.

Années 1	Age	Lieux de résidence 2		Type occupation du foyer 4	Etudes 5	Professions 6		Autre 7
		Pays	Villes			Métiers	Lieux d'emplois	
1990	23							
1991	24							
1992	25							
1993	26							
1994	27							
1995	28							
1996	29							
1997	30	X CANADA	MONTREAL (6HOIS)					
1998	31	X FRANCE	BORDEAUX	5	3	Medecin	CH	Etudiant
1999	32	X	LYON	5	3		CHU	FFII
192000	33	X LIBAN	BEYROUTH	1	3	Chirurgien	2 cliniques	FFII
192001	34	X FRANCE	RUFFEC	5	2	Medecin (urgences)	CH	FFII
192002	35							
192003	36	X	ARIENAY/POITIERS	5	2		CH	FFII
192004	37							
192005	38	X	ISSOUUDUN + POITIERS	5	2+3		CH	Medecin attache
192006	39							corde
192007	40	X	THOUARS POITIERS				CH	DN*
192008	41			8				
192009	42							
192010	43			1				
19	44							
19	45							
19	46							
19	47							
19	48							
19	49							

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

7/ Evénements particuliers comme obtention plénitude d'exercice, obtention nationalité française, accidents...

*Double nationalité

Questionnaire matriciel pour l'enquête PADHUE/ Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres.

Famille 8

Années	Age	E		Père A.nais.	Mère A.nais.	Conjoint 1 A.nais.	Conjoint 2 A.nais.	Conjoint 3 A.nais.	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5	Enfant 6	Enfant 7
		V I E	C O M												
1967	00			1933	1940	1980			FX						
1968	01														
1969	02														
1970	03														
1971	04														
1972	05														
1973	06														
1974	07														
1975	08														
1976	09														
1977	10														
1978	11														
1979	12														
1980	13														
1981	14														
1982	15														
1983	16														
1984	17														
1985	18														
1986	19														
1987	20														
1988	21														

8/ Famille :

-Colonne vie :
-N pour une naissance.

-D pour un décès.

-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).

-Colonne Nup :
-U pour le début d'une union .

-F pour la fin d'une union.

Questionnaire matriciel pour l'enquête PADHUE/ Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres.

Annexe 5/ Retranscription du remplissage de la grille matricielle et de l'entretien avec le docteur 9.

-Est-ce qu'il y en a en France ?

-Non.

-Vous n'avez pas de famille en France ?

-Oui, j'ai deux oncles maternels sur Paris.

-Jusqu'à quel âge êtes-vous restés chez vos parents ?

-31 ans.

-A Beyrouth ?

-Oui.

-A quel âge êtes-vous entrés en faculté ?

-En 1985, euh...1986 plutôt.

-A quel âge avez-vous fini l'université ?

-En 1999.

-En 1999, vous êtes partis de chez vos parents, vous vivez où ?

-A Lyon. J'ai fait mes deux années d'études : la chirurgie et c'est en France entre Bordeaux et Lyon.

-Donc en quelle année êtes-vous venus en France ?

-En 1998.

-Donc à Lyon ?

-Non, avant j'étais à Bordeaux puis après à Lyon.

-A Bordeaux vous logiez où ?

-J'étais à l'internat.

-Et là vous étiez étudiant ?

-Oui, toujours étudiant, je finissais ma chirurgie.

-C'était une spécialité ?

-Oui.

-Quel était votre statut ?

-FFI.

-Donc à Bordeaux c'était à Pellegrin ?

-Oui entre Pellegrin et Bagatelle oui.

-Vous êtes restés combien de temps à Bordeaux ?

-Un an.

-Et ensuite vous êtes partis à Lyon ?

-Oui.

-Pour quelles raisons ?

-Pareil, 2eme partie de la spécialité. A Bordeaux je faisais de la célioscopie et à Lyon la chirurgie prothétique et biliaire, je complétais la chirurgie.

-A Lyon, vous logiez où ?

-A l'internat au CHU.

-Et là vous aviez quoi comme statut ?

-Pareil FFI.

-Après Lyon ?

-Je suis reparti au Liban presque un an.

-A Beyrouth ?

-A Beyrouth chez mes parents.

-Là vous exercez où ?

-Dans deux cliniques entre Beyrouth et le Sud, mon village natal.

-Au Liban il n'y a pas de statut ?

-Non, là je suis chirurgien point.

-Et donc vous restez juste un an.

-Oui, parce qu'il y a un surplus de médecin. J'ai pu à peine travailler donc je me suis dit je ne vais pas rester comme ça donc j'ai pris la fuite.

-Donc à ce moment là...

-Je rentre en France.

-En 2001 ?

-Oui, en Août 2001.

-Dans quelle ville ?

-J'ai commencé à Ruffec en Charente.

-Oui, je connais, un hôpital qui ne va pas très bien.

-Il n'allait pas très bien à l'époque et je ne pense pas que ça se soit arrangé !! (rires)

-A Ruffec, vous logiez où ?

-J'ai pris une maison, un pavillon.

-Vous étiez locataire ?

-Oui.

-Vous viviez seul ?

-Oui.

-Vous aviez quoi comme statut à Ruffec ?

-FFI. Je suis resté jusqu'en Décembre 2002 à Ruffec et après je suis venu à Parthenay aux urgences.

-Pourquoi avez-vous quitté Ruffec ?

-Beaucoup de conflits, parce que le médecin spécialiste qui était mon collègue, mon ami qui m'a emmené en France... beaucoup de conflits avec le chirurgien, le directeur, et tout donc c'était un peu le bazar dans le service d'urgence, beaucoup d'erreurs médicales on va dire. Donc lui il est parti et je l'ai suivi. C'était insupportable de voir tout ça donc je ne suis pas resté.

-Qu'est-ce qui vous a amené à Parthenay ?

-C'est lui, mon ami qui est venu ici et je ne connaissais que lui dans la région donc je l'ai suivi. Il avait pris un poste ici avant moi.

-C'est lui qui vous a dit qu'il y avait un poste de libre ?

-Tout à fait.

-A Parthenay, vous logiez où ?

-J'ai pris une maison à Poitiers à ce moment là. Et depuis je suis sur Poitiers.

-A ce moment là, vous vivez toujours seul ?

-Oui.

-Et vous êtes locataire ?

-Oui, locataire.

-A Parthenay, quel était votre statut ?

-FFI toujours. Je suis resté là-bas jusqu'en Mai 2005.

-Mai 2005, à Parthenay ?

-Tout à fait avec le statut. C'est pour ça car après il y a un changement. Comme ils ont refusé de me changer mon statut, je suis parti à Issoudun dans l'Indre. Je suis resté de Juin 2005 jusqu'à Juin 2007 et à ce moment là en Praticien Attaché.

-C'est un CH ?

-C'est un CH, oui.

-Pourquoi Issoudun ?

-Parce qu'avant j'ai pu y faire quelques remplacements et j'ai su qu'il y avait un poste. Il y avait un manque, un manque terrible donc ils m'ont proposé de venir en changeant mon statut.

-Donc c'est en allant faire des remplacements que vous avez su qu'il y avait un poste ?

-Oui, à ce moment là j'ai su et ici ils ne voulaient pas...ils ont promis au début et ils ont mentis en dehors de ça je suis parti là-bas.

-A Issoudun, vous viviez où ?

-Toujours à Poitiers. J'ai changé d'hôpital mais pas de maison.

-Mais il y a quelle distance entre Poitiers et Issoudun ?

-Deux heures mais je faisais la route deux ou trois fois par semaine. J'étais aux urgences pas en chirurgie, il n'y avait pas de chirurgie là-bas.

-Donc vous logiez à l'hôpital ?

-Parfois oui, mais la maison je l'ai gardé à Poitiers. Je faisais les allers-retours, voila.

-Vous restez...

-Jusqu'en Juin 2007. Je suis resté deux ans là-bas exactement, pile deux ans.

-Et ensuite vous quittez Issoudun.

-Pour revenir ici à Thouars, parce qu'ils m'ont proposé un poste de chirurgie ici à Thouars.

-Et c'était plus près.

-Oui, oui mais c'est surtout pour rattraper la chirurgie. En arrivant en France je passais toujours aux urgences, j'ai fait la CAMU entre temps pour pouvoir travailler aux urgences.

-Et ici, vous rattrapez votre spécialité : la chirurgie.

-Oui, jusqu'à fin 2009 où à ce moment là je quitte la chirurgie pour la médecine.

-Là vous aviez un statut de Praticien Attaché ?

-Oui.

-Jusqu'à aujourd'hui si je ne me trompe pas.

-Oui.

-Et vous vivez toujours à Poitiers ?

-Toujours à Poitiers.

-Vous faites la route tous les jours ?

-Oui à part les jours d'astreinte ou de garde mais je fais la route, oui.

-Et vous êtes toujours restés locataire ?

-Non, j'ai acheté en Septembre, ça y est. Je suis maintenant propriétaire.

-Et depuis 2008, vous vivez avec votre femme.

-Tout à fait.

-Est-ce que vous avez eu entre temps d'autres diplômes de spécialité ?

-J'ai fait la CAMU.

-En quelle année ?

-A mon arrivée en France en 2002-2003, je l'ai eu en Juin 2003 le diplôme. J'ai fait quelques petites formations et là je suis en cours de faire la capacité de gériatrie en ce moment.

-Vous avez jamais passé de concours NPA ou PAE ?

-Cette année je l'ai eu en Novembre 2009.

-Vous l'avez déjà passé une autre fois ou un autre concours ?

-Non, je me suis inscrit à plusieurs reprises et à chaque fois j'avais un problème donc j'ai pas pu. Et cette fois si j'y suis allé sans préparer et c'est bon.

-Et dans votre spécialité, vous pouvez faire à Thouars vos trois années où c'est déjà compté avant ?

-Non, je vais le faire maintenant...euh, j'ai déjà 1 an 1/2 de validé.

-Donc dans 1 an 1/2, vous pouvez postuler à un poste de PH ?

-Absolument, inscription à l'ordre puis un poste de PH.

-Vous avez un attachement particulier à la région ?

-Non, du tout. Après j'ai le projet de partir. Il n'y a rien à Thouars, c'est pour ça que j'ai acheté une maison à Poitiers ! Il ne faut pas chercher. Ne me dites pas que vous êtes Thouarsaise, je ne voudrais pas vous blesser...

-Non, ne vous inquiétez pas, je vis à Poitiers également...Est-ce que vous estimez que vous avez des connaissances qui ont orienté votre parcours professionnel ?

-Moi surtout ce sont des amis. 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 seul donc...c'est pour ça que j'ai fais ce que j'ai pu faire depuis mon arrivée, sur tout le plan professionnel, personnel et tout.

(Coupure : appel téléphonique)

-Nous étions en train de parler de vos contacts au niveau professionnel.

-Oui, des médecins, des amis-médecins dans les hôpitaux où j'ai travaillé.

-C'est-à-dire, ils vous ont orienté vers des postes ?

-Oui mais même sur ce que je dois faire, etc...lorsque j'ai débuté en France. Que ce soit mon ami qui m'a amené, un autre chef de service aux urgences de Parthenay qui était de très bons conseils, un très bon ami qui m'a bien guidé, savoir quoi faire et comment faire.

-Parce que quand vous êtes arrivés en France, il n'y avait pas de conventions entre universités ? Vous êtes arrivés de vous-même ?

-Non, c'est mon ami qui m'a mis directement en contrat à Ruffec. Je suis arrivé, le 1^{er} jour j'ai travaillé.

-Ah oui, vous n'avez pas eu besoin de faire de candidatures spontanées...

-Rien du tout. Il m'a amené et le premier jour j'étais sur la liste de gardes. C'est pour ça que je vous dis que je suis très bien entouré. Enfin j'ai eu de la chance d'avoir un ami, un très bon ami.

-J'ai oublié de vous demander, est-ce que vous avez la nationalité française ?

-Oui.

-Depuis quand ?

-2006.

-Vous avez la double nationalité ?

-Tout à fait.

-Si aujourd'hui vous deviez dire les éléments les plus importants qui ont construit votre parcours migratoire jusqu'à ici, qu'est-ce que vous retiendriez ?

-Le départ à chaque fois c'était toujours des conflits ! C'était toujours pour la bonne cause indirectement. Heureusement que j'ai pris l'initiative de partir à chaque fois, je sentais que ça ne va pas et à chaque fois je partais.

-Sinon quel est votre avis général sur le système de soin français ?

-Il est très nul, dans quel sens ? Je m'explique : parce que il y a un manque terrible de médecins et au lieu de faire comme le système Nord Américain que soit disant ils disent enfin comme les autres, là-bas les médecins on les juge entre un et trois mois et où bien il est compétent, il est capable de rester, on le garde et on fait tout dans le système dès le début ou bien il n'est pas capable et on le remercie. C'est ce qui se passe, j'ai plusieurs collègues-médecins qui sont partis, dès le début sur vingt il y en a un seul qui était pas assez compétent chez eux, il est rentré au Liban, point à la ligne. Tu fais trois mois que tu prends à tes frais, trois après... Je pense qu'un médecin en une semaine on peut savoir s'il est compétent ou pas, sa chirurgie ou autre il exerce pendant trois mois et le troisième mois il y a une décision. Et après c'est fini, tu ne peux pas rester pendant des années si tu n'es pas compétent. Ici, soit disant et à chaque fois on va dire, on va tester ta compétence et voir tes connaissances. C'est ce qu'on appelle l'hypocrisie du système.

-Est-ce que vous étiez informé de ce système « particulier » de reconnaissance des diplômes en France ?

-Non, non, en même temps moi j'ai pris ma décision parce que je n'avais pas le choix. Il fallait partir. Je parle du système. Moi je suis dedans le système...Là maintenant tous mes collègues qui m'appellent par exemple...et bien il y en a pleins qui ont décidé de partir en Amérique suite à mes conseils. Quand quelqu'un m'appelle du Liban parce qu'il veut partir parce qu'il y a un problème majeur, je reste avec eux facilement une heure au téléphone à leur expliquer tous les systèmes. Il y a plein de monde qui a annulé leur voyage suite à mon conseil. Parce que maintenant où bien tu passes l'examen dès le début, là qui est nouveau depuis 2005, tu acceptes un moindre salaire mais c'est pas grave car au moins tu sais le système dès le début, c'est que nouveau. Or quand tu rentres et que pendant des années tu es FFI parce qu'ils veulent exploiter plus ou moins dans ce pays, enfin il fallait s'en douter et après dès qu'on dit qu'on veut entrer dans le système, non, on va tester tes connaissances, voir est-ce que tu es capable ou pas. Là je trouve ça hypocrite. C'est mon avis personnel et je ne changerai pas. Vous pouvez le dire à tout le monde, moi je m'en fous maintenant...maintenant c'est fini là. Ça fait dix ans que je suis là et je suis assez protégé pour dire ce que je veux. Et c'est pour ça que plein de monde a annulé leur voyage ici suite à mes conseils. Parce que je leur dis il faut accepter ici qu'il y a entre cinq à quinze ans de temps avant de pouvoir intégrer le système, point à la ligne. Moi je suis parmi les gens heureux, biens orientés, biens guidés, biens entourés dès le début parce que si on va parler argent j'ai eu un salaire honnête parce que j'ai pu faire autre chose en parallèle qui était soit disant illégal dans le temps. Or, vu le manque terrible j'ai pu faire des remplacements quand je ne devais pas exister en France en tant que médecin. J'étais FFI pour dire, là c'est fini maintenant je le fais plus mais pour dire on n'avait pas le droit entre 1999 et 2005 d'être FFI en France, et j'étais en France FFI. La DRASS fermait les yeux et ils savaient qu'on existait parce que j'étais allé à la DRASS et ils m'ont dit « on sait que tu es là, pour nous officieusement tu es là mais officiellement tu n'es pas là », pour dire ça été dit par un inspecteur, ce n'est pas n'importe qui qui l'a dit. Vous savez que sans nous les hôpitaux ne tourneraient pas. Donc j'ai pu faire des remplacements quand je ne devais pas exister. Là maintenant ça a évolué, j'ai eu ma nationalité, j'ai mon diplôme donc...mais pour dire, là je trouve ça hypocrite, je le dis, je le pense et je le dis très fort.

-Et donc vos amis, vous les orientez vers quel système ? Vers quel pays ?

-Ce qu'ils me disent c'est qu'on a l'avantage en Europe, on est dans un pays où le climat il est tempéré on va dire par rapport à l'Amérique, l'Amérique du Nord, le Canada ou autres. Là-bas, ils touchent moins d'argent, c'est pas ça seulement se qui compte je pense... mais au moins là-bas s'ils peuvent passer le concours dès le début et faire les trois mois pour intégrer le système tout de suite, au moins on sait à quoi s'attendre. Ce sera plus simple que de venir par des moyens, des raisons indirectes, passer FFI de façon illégale et après découvrir le système et ne pas être reconnu, se serait dommage. Là j'ai ma collègue, que vous avez vu hier, le fait qu'elle est passée l'examen elle en a pour trois ans...bé on sait dès le début qu'est-ce qu'on fait. C'est plus simple que de venir en esclavage moderne, non ? C'est pour ça que la plupart de mes collègues ont refusé. On fait d'autres examens en Amérique qui sont plus durs d'accord, on passe des étapes plus difficiles mais quand on y arrive, on y arrive tout de suite, dès le début.

-Et vous ne les dirigez pas vers d'autres pays européens ?

-C'est pas bien. Non, c'est très difficile à y accéder de toute façon. L'Europe c'est très difficile à accéder, pour un étranger c'est très compliqué, surtout avec l'Union Européenne, il ne faut pas rêver.

-Il me semblait par exemple que le système allemand était plus ouvert par exemple.

-Par exemple, là oui mais sur le plan chirurgical, j'ai un ami qui m'a appelé, il fait otorhino en Allemagne, il m'a dit que ça va bien un mois car par rapport à la chirurgie pour pouvoir travailler, il sent vraiment qu'il est étranger. Il a voulu venir en France et quand je lui ai expliqué le système il m'a dit non, je reste, je laisse tomber. Donc il opère vraiment en dernier après le dernier des derniers internes. Par exemple, il a pu accéder plus facilement mais le problème tout ce qui est chirurgie est très difficile, ce qui m'a poussé à laisser tomber la chirurgie. D'un côté les collègues qui réussissent, j'ai un collègue à Parthenay qui a réussi la chirurgie, pas de poste pour faire les trois ans d'un côté et s'il y a un poste on est traité de dernier des derniers du premier interne du premier semestre. Donc il y a un moment où je laisse tomber, je fais la médecine et je m'en fous. C'est dommage, j'ai perdu huit ans de plus dans ma spécialité mais s'il faut repartir chaque année recommencée, merci. Ma défense moi maintenant je ne laisse pas un jeune faire la même erreur, du tout, dès le début. Au moins il s'attend...c'est comme quand il s'en va au Canada avec - 40°, il n'aurait jamais pensé qu'il aurait -40°, moi je l'ai vécu. Le -40°, il faut vraiment le dire à la personne pour qu'elle réalise ce que c'est -40°. Il y a de l'argent c'est vrai mais en même temps il y a une contre partie à toute chose. Les collègues qui sont partis, ils ont vu. Quand on est à -40°, on n'est pas à Paris. On est dans des régions très lointaines aussi, on est très bien payé aussi. Ça au moins on le sait. Lorsqu'on fait les trois mois, il vaut mieux y aller pendant l'hiver comme ça on est très éloigné et avec le -40°. Ou bien on est capable de résister, on reste que ce soit pour l'argent ou pour l'avenir ou bien on dit ça va pas du tout pour moi je rentre. Pareil, je vous dis ça aussi, comme j'ai été un peu au Canada, je vous dis comment ça se passe.

-Vous avez été quand au Canada ?

-J'ai été au début de 1998 pendant six mois en hiver.

-Vous aviez l'idée avant de venir en France d'aller vous y installer ?

-Au Canada, non, quand j'ai vu le - 40°, j'y suis allé vraiment en hiver, je me suis dit non je ne peux pas rester.

-Vous avez exercé là-bas ?

-Je faisais encore ma spécialité, je faisais encore ma chirurgie. C'était juste avant Bordeaux et Lyon, j'étais toujours en chirurgie.

-Mais vous avez fait des stages...

-Oui, oui, j'opérais mais en tant qu'étudiant, pas en tant que chirurgien, je n'avais pas encore le diplôme.

-Mais quand même vous avez testé le Canada avant de venir en France donc si vous n'aviez pas eu le - 40°, vous seriez restés là-bas ?

-Oui, oui, c'est sûr, oui. De loin il y a une nette différence. Pour le travail, pour tout, il y a une nette différence.

-Donc vous êtes revenus sur votre deuxième choix : la France.

-Oui, maintenant c'est fait, c'est bon il n'y a pas à chercher. Peu importe les raisons maintenant ce qui est fait est fait. Il n'y a pas de recul. En arrivant ici, je vous ai dit je n'avais pas le choix, pendant un an on est resté à ne pas travailler donc euh...en l'an 2000 j'avais 33 ans je ne pouvais pas rester 3ans, 4 ans, éternellement sans travailler donc il fallait bouger. Il fallait prendre une décision.

-Vous auriez pu partir dans un autre pays.

-Où ça ? Allez y !

-Je ne sais pas un autre pays européen...

-Mais c'est pareil, on ne peut pas travailler. J'ai essayé, j'ai des amis en Belgique, l'accès n'est pas facile. Les gens qui parlent trop...il faut voir, aller sur le terrain.

-Et du coup ce sont les gens déjà là qui vous ont amené en France ?

-Oui, c'est mon ami qui m'a amené. Je suis arrivé, j'ai travaillé le premier jour. Pour savoir je suis arrivé, j'avais un visa touristique. Ils ont changé le visa ici, sur place, à Ruffec, c'était faisable à l'époque. En deux mois ça a été changé le visa donc...je vous dis j'étais vraiment très bien entouré. Là ça se fait plus, c'est de loin plus difficile. J'ai des amis qui ont été recruté par des boîtes sur Paris, ils ont été obligé de repartir un weekend pour ramener le visa définitif de travail pour exercer donc on n'a pas notre visa sur place en touriste. Pour dire, on a plusieurs avantages que d'autres n'ont pas eu.

-Vous n'avez jamais eu de problème de renouvellement de carte de séjour ?

-Non, non, j'étais très bien aidé. Rien à dire.

-Sinon, jusqu'à ce jour, puisque vous n'avez pas encore la plénitude d'exercice, même si c'est pour bientôt, est-ce que vous avez l'impression d'être traités à l'égal des médecins diplômés en France ? Aussi bien par le système ? Par vos collègues ? Et par les patients ?

-Par les patients, il n'y a pas de souci. Mais par les collègues et le système non. Par certains collègues, il faut bien spécifier. Parce que ça m'est arrivé quand même des gens qui me font le coup...moi j'ai dit vous savez je suis FFI, moi je suis pas...on m'a dit « non, non, non... » mais moi j'ai dit si, si, je suis FFI. J'avais le système à la fois avec moi et contre moi. Quand vraiment certains avaient décidé de m'emmerder moi je disais écoutez je ne suis que FFI, parler avec mon PH. A ce moment là le ton change tout de suite « ah non tu sais », non, non, moi je sais rien du tout, je suis FFI, je dois être vraiment chaperonné. Mais c'est malheureux de dire ça mais c'était comme ça. Là maintenant ça va beaucoup mieux quand même, évidemment.

-Est-ce que dans les différents hôpitaux où vous êtes passés, vous avez constatés que les politiques des établissements sont différentes ? Est-ce que certains cherchaient plus à vous garder que d'autres ?

-Oui, oui. Absolument. A Issoudun, ils ont tout fait pour me garder, évidemment. Ça dépend des centres de leurs besoins, du relationnel, etc...A l'encontre de la politique du Nord-Deux-Sèvres.

-Qu'est-ce que vous en pensez de la politique d'ici ?

-Ils ne font rien du tout pour garder leurs médecins.

-Ce n'est pourtant pas ce qu'ils disent.

-La direction bien évidemment, ils ne vont pas dire ça (rires)...est-ce que vous voyez quelqu'un qui dit du mal de son fromage ? Mais oui, bien sûr que non évidemment.

-Par exemple ce n'est pas eux qui vous ont conseillé de passer la PAE ?

-Non, non, du tout. Moi je ne prends pas l'avis de quiconque, je sais très bien à qui demander pour savoir quoi faire. Je demande toujours à mon même ami, c'est lui qui me guide, qui m'aide plus ou moins....La décision de passer l'examen c'était prévu mais c'était pas à travers l'hôpital, du tout.

-Si je ne me trompe pas, j'ai vu sur le site de la FPS que vous êtes le délégué régional de la FPS.

-Tout à fait.

-Ca fait combien de temps que vous avez adhéré ? Qu'est-ce que ça vous apporte exactement ?

-De connaître surtout au moins les nouveautés, de savoir comment ça se passe et s'il y a un souci de savoir à qui s'adresser. Parce qu'il y a plusieurs conflits avec des collègues, même des chirurgiens, qui ont été plus ou moins sous-estimés parce qu'ils venaient d'un grand pays Nord Européen avec le plein d'exercice, donc il y a eu des plaintes avec la HALDE et tout. C'était dans le Sud il n'y a pas longtemps, le chirurgien a été sur le point d'être plus ou moins radié, l'autre chirurgien. Heureusement que mon collègue a calmé le jeu en disant « bon c'est bon je pense qu'il a eu sa leçon donc on arrête ». Parce qu'il avait été trop loin dans ses propos, dans ses gestes. C'est pour ça, moi je me suis dit je vais choisir une société calme où il n'y a pas de privé, pas de souci donc...

-Et vous avez adhéré depuis combien d'années ?

-2005.

-Ils vous ont orienté vers certains établissements ou c'est purement au niveau législatif ?

-C'est surtout législatif car comme je vous ai dit moi je suis bien entouré donc...moi j'ai vraiment mon réseau franco-libanais donc quand j'ai besoin de trucs...mais là c'était un pur hasard parce que le collègue qui est maintenant sur Parthenay, c'était lui le délégué régional. Et il voulait changer donc il m'a dit si tu peux prendre la charge moi ça m'arrangerai. Donc je les ai contacté, j'ai vu les gens et après j'ai été élu et ça y ai, j'y suis depuis.

-Donc là aussi c'est votre ami qui vous a fait connaître ?

-Oui. Pas le même ami c'est un autre, c'était celui qui était délégué régional de la FPS sur le Poitou-Charentes.

-Sinon est-ce que vous avez l'impression que le système français cherche à orienter les PADHUE vers les postes vacants, dans les zones les moins attractives ?

-De toute façon si on arrête, les hôpitaux vont fermer. Nous sommes les bouche-trous, indirectement parce que j'appelle ça comme ça moi. Que ce soit les gardes, que ce soit les postes, mais oui. Si vous voyez...vous avez vu un peu le nombre de médecins ici. Si on arrête, qu'est-ce qui se passe à l'hôpital à votre avis ?

-L'hôpital ne peut pas tourner.

-C'est tout. Nous sommes deux en médecine, un en gastro, quatre ou cinq aux urgences donc...ça veut tout dire. Ça va vite, enfin pas qu'à Thouars, Parthenay c'est pas mieux, c'est partout pareil. On est quinze ou vingt sur l'établissement à Thouars. En médecine, si on s'en va tous les deux, il n'y a plus que le chef de service qui reste. Et oui, il faut l'accepter. Il est chef de deux services en plus, il fait la médecine et l'alcoologie. Le même chef de service parce qu'il n'y a pas de médecin...Donc si on s'en va il va être vraiment coincé le chef de service.

-Donc si je vous demande au niveau national quelle est la place et le rôle des PADHUE en France, qu'est-ce que vous en pensez ?

-C'était pour eux pendant une période le moyen de combler le manque avant d'avoir une nouvelle politique d'augmenter le numérus clausus parce que même...on dit en 2010 ce sera réglé mais si on calcule bien, si on voit vraiment, si on est un peu mathématicien on voit que ce sera en 2020 que sera comblé le déficit. C'est mon collègue « X » qui était membre de la MUF, il me disait en France sur le plan santé etc...il m'a dit « c'est très simple, un médecin généraliste pour le former il faut huit ans, un spécialiste quinze ans » donc le calcul est vite fait. Et entre temps il y a des gens qui seront à la retraite. Donc on est le tampon entre les deux périodes, c'est tout. Il ne faut se leurrer non plus. Il faut être réaliste.

-Si aujourd'hui je vous demandais de faire un bilan, quel regard vous portait sur votre parcours ? Est-ce que vous êtes satisfait ? Est-ce que vous recommenceriez la même chose ?

-Je partirai ailleurs ça c'est sûr. Surtout que j'ai perdu la chose que j'aime le plus c'est la chirurgie. Même peut être je serai resté au Liban. Même si je sacrifiais quatre ou cinq ans à me lancer vraiment, à gagner ma vie, je serai resté pour vraiment pratiquer la chirurgie.

-En fin de compte, on peut parler d'un certain regret à être ici ?

-Oui, évidemment. On ne peut pas tout avoir de toute façon, il y a toujours avantages et inconvénients dans tout ce qu'on fait. Je serais resté là-bas il y a avantages et inconvénients, je serais resté auprès de ma famille, bien entouré etc...même si j'aurais mis plus de temps à vraiment m'installer. Ici je gagnais plus d'argent mais j'étais plus ou moins sous estimé, dévalorisé par rapport à ma carrière et mon statut, donc... Même j'étais bien entouré, d'accord je gagnais de l'argent dès le début comme un PH depuis le premier jour de mon arrivée mais je ne pense pas...tout ça résout le problème par rapport à un médecin avec tout ce que j'ai fait comme études donc j'ai toujours eu un sentiment oui, comment dirai-je, je...c'est pas d'instabilité, c'est plutôt d'injustice.

-Dites moi, pourquoi c'est si long pour pouvoir s'installer au Liban ?

-C'est la médecine privée qui domine. Le public, il n'y en a presque pas. Les quelques hôpitaux, ils ne sont pas les plus réputés. Donc c'est le privé qui domine où il y a la meilleure médecine dans tous les domaines donc...et ce sont des mafias plus ou moins donc il faut pouvoir rentrer dans le système pour démarrer.

-On ne peut pas aller postuler dans le privé ?

-Non, ça dépend vraiment des connaissances et je n'en avais pas donc...

-Vous avez personne dans votre famille dans le médical ?

-Non, c'est ça le souci. Celui qui est dans le médical et qui est bien installé, il est à Paris, il n'est pas au Liban.

-Sinon, pour finir, quels sont vos projets ? L'avenir vous voyez ça comment ?

-J'ai plusieurs projets, entres 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 à Beyrouth, ce sera de la gériatrie donc ça m'intéresse de finir le diplôme. Parce qu'il y a des gens de la famille qui construisent donc ils m'ont proposé et j'ai dit pourquoi pas. Je termine ma carrière plus ou moins médicale, peut être je resterai un peu en médecine mais je ferai plutôt de l'administratif ou bien rester ici et compléter la médecine comme je suis.

-Ce ne serait pas un peu dommage d'avoir passé autant d'années à essayer d'obtenir l'autorisation d'exercice et de partir au moment où vous l'obtenez ?

-On dit toujours, comme dit mon père, c'est les dix premières années lorsqu'on a notre diplôme où il faut vraiment s'installer, il faut bien bosser et il faut s'épanouir. Et moi, dans ces dix premières années, où j'ai bossé comme un fou...là j'aimerais vraiment faire ce que j'ai à faire. Donc je préfère vraiment m'éloigner. En plus le système avec comment il est fait, c'est pire qu'une boîte privée le travail maintenant. On est appelé par les pharmaciens tous les jours : « vous avez prescrits ce médicament, ça, ça coute cher. Il faut changer, ça va pas, vous dépensez trop ». Ce n'est plus un travail de médecine, c'est une boîte privée, c'est plus de la médecine. Moi je n'aime pas le libéral. J'ai quitté le Liban pour ne pas chercher l'échec, ni l'argent. Or, on vient ici, il y a pire. C'est pas moi qui cherche mais c'est indirectement les directions parce qu'ils sont obligés, peut être qu'ils sont obligés, j'en sais rien mais pareil. Il y a plein de monde qui m'appelle pour savoir si je veux m'installer dans le libéral et je dis, non je ne veux pas, pour ne pas chercher d'argent. Moi, mon salaire tombe c'est fini. Il tombe.

-Et votre projet au Liban, c'est d'ici combien d'années ?

-Pas avant deux ans.

-Mais vous venez juste d'investir.

-C'est pas grave, ça va rester, je peux louer aussi. Je ne veux pas vendre. Ma vie, elle va être toujours entre Beyrouth et la France. Ca n'a pas changé ça.

-Et votre femme, elle est prête à vous suivre ?

-Dans les deux sens, oui. Déjà quand je l'ai épousé, je lui ai dit qu'il était possible de rentrer au Liban donc...dans les deux sens. Etre au Liban, ça a pas l'air de lui déplaire, elle a trouvé sa famille et ici on est bien donc...on verra. Mais rien est sûr pour le moment, ceux ne sont que des projets.

-Et si ça se fait, d'ici là vous comptez rester sur Thouars ?

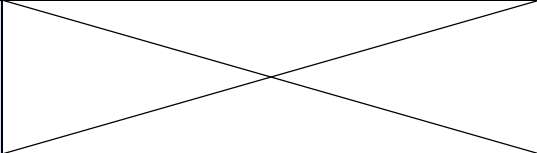
-Oui. Le temps au moins d'avoir l'ordre des médecins après on verra.

-Je crois que nous avons fait à peu près le tour. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? Sur le système ? Ou autre chose ?

-Vous savez je crois que j'ai tout dit. Peut être que mes collègues n'ont pas été aussi durs avec le système mais moi je dis ce que je pense...(rires).

**Annexe 6/ Tableau des dispositifs de formations complémentaires en France pour les
PADHUE : comparaison entre le régime AFS/AFSA et le régime DFMS/DFMSA.**

	ANCIENNE FORMATION		NOUVELLE FORMATION	
	Dernières inscriptions pour l'année 2009-2010. Les étudiants engagés en AFS ou AFSA auront jusqu'au terme de l'année 2013-2014 pour valider l'intégralité de leur formation.		A partir de la rentrée universitaire 2010-2011.	
Noms des formations	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	Attestation de connaissance de la langue française délivrée par les services culturels de l'ambassade.		<p>-Les candidats doivent satisfaire à des épreuves de contrôle des compétences en médecine qui portent sur le programme des épreuves classantes nationales.</p> <p>-Les épreuves sont organisées chaque année avant le 15 Mars par les services de coopération et d'action culturelle des ambassades de France à l'étranger. Toutes les disciplines et les spécialités ne sont pas ouvertes chaque année.</p> <p>-Les candidats doivent produire une attestation de réussite au test de connaissance de la langue française (TCF,TEF) ou un diplôme d'études de langue française (DELF), au minimum au niveau B2.</p>	
Candidats	Médecins à diplôme étranger, autres que ressortissants de l'Union Européenne et de la principauté d'Andorre.		Médecins à diplôme étranger, autres que les ressortissants de l'Union Européenne, de l'Espace Economique Européen, de la Confédération suisse et de la principauté d'Andorre.	
Conditions de diplôme des candidats	Diplôme de médecin permettant l'exercice de la médecine dans le pays d'origine ou d'obtention du diplôme et en cours de formation spécialisée.	Diplôme de médecin et diplôme de spécialiste permettant l'exercice de la spécialité dans le pays d'origine ou d'obtention du diplôme.	Diplôme de médecin permettant l'exercice de la médecine dans le pays d'origine ou d'obtention du diplôme et en cours de formation spécialisée.	Diplôme de médecin et diplôme de spécialiste permettant l'exercice de la spécialité dans le pays d'origine ou d'obtention du diplôme.
		Si le candidat est déjà titulaire d'une AFSA, AFS ou DIU, il doit exercer 3 ans dans son pays d'origine pour pouvoir s'inscrire en AFSA.		Si le candidat est déjà titulaire d'un DFMSA, il ne peut s'inscrire à un nouveau DFMSA qu'après un délai de 5 ans après l'obtention du premier diplôme

Les candidats ne pouvant pas s'inscrire			Les titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS) ou d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation complémentaire (DISC), d'une AFS ou d'une AFSA.	
Durée minimale	2 semestres	1 semestre	2 semestres	1 semestre
Durée maximale	4 semestres	2 semestres	6 semestres	2 semestres
Statut de recrutement	Faisant fonction d'interne (FFI) Sur poste vacant à l'issue du choix des internes ou FFI en surnombre (non rémunéré).		Faisant fonction d'interne (FFI) Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur de la santé fixe, chaque année, le nombre de places offertes, par discipline et spécialité et pour chaque interrégion.	
Lieux d'exercice	Services agréés pour les DES et DESC		Services agréés pour les DES et DESC	
Contenu de la formation	Permet de suivre une partie de la formation théorique et des stages de formation pratique des DES et DESC.		Permet de suivre des enseignements théoriques et des stages de formation pratique des DES et DESC.	
Convention avec l'établissement d'origine	NON		Convention entre l'établissement universitaire d'origine et l'université d'accueil. Cette dernière fixe le nombre de semestres, les objectifs, le contenu des enseignements...	

Annexe 7/ Liste des acronymes.

AFS	Attestation de formation spécialisée.
AFSA	Attestation de formation spécialisée approfondie.
APSR	Association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés.
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travail.
CAMU	Capacité de médecine d'urgence.
CES	Certificat d'études spécialisées.
CHNDS	Centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.
CHU	Centre hospitalier universitaire.
CMU	Couverture maladie universelle.
CNG	Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction hospitalière.
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins.
DE	Directive européenne.
DFMS	Diplôme de formation médicale spécialisée.
DFMSA	Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie.
DGS	Direction générale de la santé
DRASS	Direction régionale des affaires médicales sanitaires et sociales.
DU	Diplôme universitaire.
EPS	Etablissement public de santé.
FFI	Faisant fonction d'interne.
FPS	Fédération des praticiens de santé.
GRAB	Groupe de réflexion sur l'approche biographique.
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité.
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
IRM	Imagerie par résonance magnétique.

NPA	Nouvelle procédure d'autorisation.
OCDE	Organisation de coopération et de développement.
OMS	Organisation mondiale de la santé.
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé.
PAC	Praticien adjoint contractuel.
PADHUE	Praticien à diplôme hors Union Européenne.
PAE	Procédure d'autorisation d'exercice.
PH	Praticien hospitalier.
PSPH	Participant au service public hospitalier.
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance.
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation.
SNPADHUE	Syndicat national des praticiens à diplôme hors Union Européenne.
UE	Union Européenne.

Annexe 8/ Index des tableaux, graphiques, schémas et cartes.

Index des tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques des statuts des praticiens à diplôme hors Union Européenne ne disposant pas de la plénitude d'exercice.....	25
Tableau 2 : Noms et fonctions des personnes ressources rencontrées.....	31
Tableau 3: Répartition des médecins diplômés en UE et hors EU au sein du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.....	39
Tableau 4 : Pays de naissance des praticiens diplômés hors Union Européenne qui exercent au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.....	40
Tableau 5 : Pays d'obtention du doctorat de médecine des praticiens diplômés hors Union Européenne qui exercent au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.....	40
Tableau 6 : Durée des fonctions des médecins diplômés hors Union Européenne dans le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.....	42
Tableau 7 : Répartition des médecins diplômés hors EU au sein des différents services du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.....	51
Tableau 8 : Durée des contrats des médecins diplômés hors EU employés par le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.....	54
Tableau 9 : Pays de naissance et sexe des praticiens enquêtés.....	60
Tableau 10 : Répartition par sexe des praticiens enquêtés qui possèdent ou non l'autorisation d'exercice.....	61
Tableau 11 : Répartition des médecins diplômés hors UE interrogés lors de l'enquête dans les services du centre hospitalier Nord-Deux Sèvres.....	85

Index des graphiques

Graphique 1 : l'évolution du numéris clausus des études de médecine en France.....	44
--	----

Index des schémas :

Schéma 1 : La procédure d'autorisation d'exercice (PAE).....	21
Schéma 2 : Répartition des médecins diplômés hors UE en fonction de leur cadre d'activité et de leur statut.....	24
Schéma 3 : Distinction et liens entre les notions de projet et de parcours.....	59

Index des cartes :

Carte 1 : La densité régionale des médecins inscrits au Tableau de l'ordre en activité totale au 1 ^{er} janvier 2009.....	46
Carte 2 : Les centres hospitaliers et CHU en Région Poitou-Charentes.....	47
Carte 3 : Parcours professionnel en France du médecin (D12).....	78
Carte 4 : Parcours professionnel en France du médecin (D9).....	87
Carte 5 : Parcours professionnel en France du médecin (D1).....	91
Carte 6 : Parcours professionnel en France du médecin (D10) et de sa femme.....	94

Table des matières

Remerciements.....	1
Sommaire.....	2
Introduction générale.....	3
Partie 1 / Problématique, concepts, contexte et méthodologie pour aborder les parcours et projets migratoires des PADHUE.....	7
A/ Problématisation et objet de l'étude : les parcours et projets migratoires des PADHUE.....	7
1/ Choix du sujet, état de l'art de la recherche et problématisation.....	7
2/ Hypothèses de recherche.....	9
3/ L'objet de recherche : les concepts et notions mobilisés.....	11
a/ Santé et territoire.....	12
b/ Les migrations de migrants hautement qualifiés.....	13
c/ Les projets migratoires.....	14
d/ Les réseaux migratoires et sociaux.....	15
B/ le contexte législatif et le système de santé dans lesquels évoluent les PADHUE.....	17
1/ L'évolution de la législation pour obtenir le plein exercice de la médecine.....	17
a/ 1995 : le premier accès à la reconnaissance des diplômes.....	17
b/ 1999 : l'objectif d'autosuffisance nationale.....	18
c/ 2005 à 2011 : la voix unique de la reconnaissance.....	19
2/ Les statuts des praticiens à diplôme hors UE : un système discriminatoire ?.....	23
a/ Décryptage des statuts des médecins qui n'ont pas la plénitude d'exercice.....	24
b/ Des statuts instables et considérés comme précaires.....	27
c/ Des situations « durables ».....	28
d/ Quel avenir pour les PADHUE n'ayant pas l'autorisation d'exercice après le 31 décembre 2011 ?.....	29

C/ Méthodologie	31
1/ Les entretiens avec des personnes ressources.....	31
2/ L'enquête biographique.....	32
3/ Remplissage des questionnaires matriciels et entretiens avec les PADHUE.....	33
Partie 2/ Une étude de cas : les médecins diplômés hors UE dans un hôpital « rural »: le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres (CHNDS)	37
A/ Le choix d'une ethnographie à une échelle locale	37
1/ La volonté de travailler sur un hôpital « de campagne ».....	37
2/ Les raisons d'une étude de cas.....	38
3/ L'hôpital qui possède le plus grand nombre de médecins diplômés hors UE de la région Poitou-Charentes.....	38
4/ Les profils variés des PADHUE de l'hôpital Nord-Deux-Sèvres.....	39
B/ Un hôpital qui subit les problèmes de l'évolution de la démographie médicale française	43
1/ La situation nationale française.....	43
a/ L'essoufflement des médecins actifs et l'accélération des médecins retraités.....	43
b/ Une féminisation des médecins et une évolution du temps de présence au travail...44	44
c/ Un changement dans la représentation du métier des jeunes médecins.....	45
d/ Une densité médicale hospitalière déséquilibrée entre les territoires.....	45
2/ Le manque d'attrait du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.....	47
a/ Un hôpital dont « <i>les couloirs font 40 kilomètres</i> ».....	48
b/ Un hôpital « <i>un peu en plein désert entre Poitiers et Tours</i> ».....	49
C/ Les PADHUE : l'indispensable renfort du centre hospitalier	50
1/ Des services entiers entre les mains des médecins diplômés hors Union européenne.....	50
2/ Le problème du service psychiatrique.....	52
3/ Les « arrangements » législatifs pour faire fonctionner correctement l'hôpital.....	52
4/ La politique du centre hospitalier Nord-Deux Sèvres.....	54
a/ Un hôpital qui se protège.....	54
b/ Des médecins qui font pression.....	56

Partie 3/ Des projets migratoires à la construction des parcours des médecins diplômés hors UE	59
A/ Les projets personnels : entre imaginaire et réalité	62
1/ Les projets initiaux.....	62
a/ Le choix de la destination : la France.....	62
b/ La volonté de faire une spécialité puis de repartir dans leur pays d'origine.....	64
c/ Fuir la guerre, des conflits ou des gouvernements.....	64
d/ Les projets des femmes.....	66
2/ Une certaine désillusion du système français.....	67
a/ La découverte de la non-reconnaissance des diplômes.....	67
b/ Le sentiment de devoir justifier ses compétences.....	69
c/ L'effondrement d'un imaginaire idéologique.....	69
d/ Des parcours qu'ils ne referaient pas.....	70
3/ Rester ou partir ?.....	71
a/ Les raisons de l'installation en France.....	72
b/ Les motivations au retour.....	74
B/ Entre similarité et particularité : La construction des parcours professionnels des médecins diplômés hors Union Européenne	77
1/ Les trois grands profils dessinés par l'évolution de la législation.....	77
a/ Les médecins arrivés avant 1996.....	77
b/ Les médecins arrivés entre 1996 et 2004.....	80
c/ Les médecins arrivés à partir de 2004.....	81
2/ Des parcours « compliqués » qui poussent à l'élaboration de stratégies multiples.....	83
a/ La reconversion professionnelle.....	83
b/ L'orientation vers une spécialité qui manque de personnel.....	84
c/ L'orientation vers des hôpitaux en difficulté.....	86
3/ Des parcours orientés par des réseaux, des rencontres, des connaissances ou la famille....	89
a/ L'installation dans le Nord-Deux-Sèvres pour des raisons familiales.....	89
b/ Des parcours orientés vers le CHNDS par des réseaux ou des connaissances.....	89

c/ Un réseau malgache au centre hospitalier Nord-Deux Sèvres ?.....	91
4/ Des parcours atypiques.....	93
a/ L'exemple d'un parcours « brillant » et le choix volontaire d'être venu en Nord-Deux-Sèvres.....	93
b/ L'exemple d'un parcours « illégal » : du privé au public.....	95
Conclusion Générale.....	97
Bibliographie.....	99
Table des annexes.....	106
Table des matières.....	134

Les parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE) : L'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.

Depuis les années 1980, l'évolution de la démographie médicale française engendre des disparités territoriales dans la répartition des personnels médicaux au niveau national. Ces déséquilibres, provenant en partie du non remplacement des médecins dans les hôpitaux « périphériques », ont ainsi créé une possibilité pour les praticiens à diplôme hors Union européenne de venir travailler en France, pour pallier à des déficits problématiques dans les structures hospitalières. Dans notre étude, nous avons fait le choix de nous intéresser à la situation des PADHUE au sein d'un centre hospitalier situé en zone rurale. Nous nous sommes donc interrogés sur la présence et les conditions d'exercice de ces médecins ainsi que sur les parcours et les projets migratoires de ces migrants hautement qualifiés qui exercent dans un secteur-clé : celui de l'hôpital.

Mots clés : médecin, hôpital, santé, projets migratoires.

The trajectories and migration projects of doctors qualified outside the European Union: The example of the “Nord-Deux-Sèvres” hospital.

Since the 1980s, the evolution of the French medical demography generates regional disparities in the distribution of medical professionals in the national territory. These imbalances are partly, due to the failure to replace doctors in “peripheral” hospitals and have created an opportunity for doctors qualified outside the European Union to come to work in France. In this study, we develop a special interest in the situation of doctors qualified outside the European Union in a hospital located in a rural area. Therefore we enquired about the presence and conditions of exercise of these doctors and their trajectories and migration projects of highly skilled migrants who operate in a key sector: that of hospital.

Keywords: doctor, hospital, health, migration projects.