



HAL
open science

**Influence de la forme d'engagement sur la fidélité des
médecins à diplôme étranger en attente de
reconnaissance statutaire : étude exploratoire à
l'Établissement Public de Santé Mentale Départemental
de l'Aisne**

Jessica Chatelain

► **To cite this version:**

Jessica Chatelain. Influence de la forme d'engagement sur la fidélité des médecins à diplôme étranger en attente de reconnaissance statutaire : étude exploratoire à l'Établissement Public de Santé Mentale Départemental de l'Aisne. Gestion et management. 2020. dumas-03638345

HAL Id: dumas-03638345

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03638345>

Submitted on 12 Apr 2022

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.

Master Sciences du Management

Spécialité : Management de Projets

Option : Domaine de la santé

MÉMOIRE

Présenté par CHATELAIN Jessica

Rédigé sous la direction de Professeur MAINHAGU Sébastien

**Influence de la forme d'engagement sur la fidélité des
médecins à diplôme étranger en attente de reconnaissance
statutaire : étude exploratoire à l'Établissement Public de
Santé Mentale Départemental de l'Aisne**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire. Que ce soit au sein de l'Université de Haute Alsace, de l'Établissement Public de Santé Mentale et Départemental de l'Aisne, ou dans le cadre privé, toutes les aides ont été appréciées à leur juste valeur.

J'adresse ainsi mes remerciements à ma direction, pour le temps qu'elle m'a accordé et sa bienveillance, à mes participants psychiatres, qui m'ont beaucoup éclairé et soutenu dans ce travail, et à mon entourage, toujours aussi présent et encourageant. Également, je remercie mon tuteur pédagogique, Monsieur Sébastien Mainhagu, pour ses précieux conseils qui m'ont permis de mener à bien cette recherche.

Cette année a vraiment été particulière et inattendue, mais aussi enrichissante sur le plan humain. Je suis très heureuse de pouvoir la terminer en clôturant ce travail de recherche.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
PARTIE I. CADRE CONTEXTUEL ET CONCEPTUEL	9
1. CADRE CONTEXTUEL	10
1.1. <i>Des médecins indispensables dans un contexte de faible attractivité médicale.....</i>	<i>10</i>
1.1.1. Une répartition inégale sur le territoire français.....	10
1.1.2. Plusieurs facteurs en cause	12
1.1.3. L'EPSMDA : un hôpital qui subit l'évolution de la démographie médicale française	14
1.2. <i>Une réglementation contraignante, évolutive, et incertaine.....</i>	<i>16</i>
1.2.1. La médecine : une profession réglementée et protégée	16
1.2.2. L'exercice de la médecine pour les PADHUE : une réglementation complexe.....	17
1.2.3. Et la nationalité ?.....	19
2. CADRE CONCEPTUEL	21
2.1. <i>L'individu comme objet d'étude : un être rationnel qui tend à satisfaire ses besoins.....</i>	<i>21</i>
2.1.1. Individualisme méthodologique et sociologie compréhensive	21
2.1.2. La rationalité de l'être humain	23
2.1.3. L'être humain : un être qui se comporte pour répondre à ses besoins	24
2.2. <i>La fidélité et la carrière : un binôme conceptuel qui évolue</i>	<i>26</i>
2.2.1. La fidélité : un concept polysémique.....	26
2.2.2. L'évolution des carrières et du rapport à la fidélité	27
2.2.3. Les PADHUE : des praticiens aux carrières itinérantes	29
2.3. <i>L'engagement calculé, une forme d'engagement organisationnel</i>	<i>31</i>
2.3.1. Evolution du concept.....	31
2.3.2. Le modèle tridimensionnel.....	32
PARTIE II : CADRE EXPLORATOIRE.....	34
1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	35
1.1. <i>Justification de la méthodologie</i>	<i>35</i>
1.1.1. Fondements épistémologiques	35
1.1.2. Recherche exploratoire à méthode inductive	36
1.1.3. L'étude de cas pour une analyse en profondeur	37
1.2. <i>Présentation de la méthodologie.....</i>	<i>37</i>
1.2.1. Terrain de recherche	38
1.2.2. Méthode de collecte de données.....	39
1.2.3. Déroulé de la recherche	40
2. RESULTATS ET DISCUSSION	44
2.1. <i>Traitement des données</i>	<i>44</i>
2.1.1. Données sociodémographiques et profils des participants	44
2.1.2. Méthode d'analyse des données : le codage théorique.....	45
2.1.3. Présentation des résultats du codage	47
2.2. <i>Interprétation des données.....</i>	<i>48</i>
2.2.1. Analyse globale.....	48
2.2.2. Formulation de propositions	50
2.2.3. Implications managériales.....	54
2.3. <i>Discussion</i>	<i>56</i>
2.3.1. Limites méthodologiques	56
2.3.2. Limites théoriques.....	57
2.3.3. Pistes de réflexion pour améliorer l'étude	58
CONCLUSION	60
ANNEXES.....	66

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

EPSMDA	Établissement Public de Santé Mentale Départementale de l'Aisne
PADHUE	Praticien Diplôme Hors de l'Union Européenne
PAE	Procédure d'Autorisation d'Exercice
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
ECN	Épreuve Classantes Nationales
CES	Certificat d'Études Spécialisées
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CNG	Conseil National de Gestion
CSP	Code de Santé Publique
DE	Diplôme d'État
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
DFGSM	Diplôme de Formation Générale en Sciences du Médical
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
CSCT	Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique

INTRODUCTION

L'inégale répartition de l'offre médicale sur le territoire français amène à développer des nouvelles stratégies pour permettre un meilleur accès à ces professionnels. En effet, certaines zones urbaines, mais aussi certaines spécialités médicales, n'auraient pas un nombre suffisant de professionnels médecins pour répondre aux besoins de la population. Pour pallier à cette lacune, certains établissements publics font appel à des professionnels formés au delà des frontières européennes : les Praticiens À Diplôme Hors Union Européenne (PADHUE).

L'appellation PADHUE fait référence à deux catégories de praticiens qu'il convient de nuancer : les PADHUE avec autorisation d'exercice, qui à ce jour exercent au même titre que les praticiens français, et les PADHUE sans autorisation pleine d'exercice et donc non inscrits au Conseil National de l'Ordre Médical (CNOM), qui exercent de manière limitée dans les établissements publics. C'est à cette seconde catégorie que nous nous intéressons dans le cadre de ce mémoire de recherche. Nous utiliserons la dénomination PADHUE pour la désigner.

Alors qu'ils ont longtemps été jugés coupables de générer une pléthore médicale laissant peu de place aux médecins français et à diplôme français, ces praticiens occuperaient à ce jour une place indispensable au sein de notre système de santé. En témoigne leur forte mobilisation face à la pandémie à coronavirus, qui a permis de mettre davantage la lumière sur la complexité de leurs situations (**annexe 1**). En effet, les PADHUE sont soumis à une réglementation spécifique, particulièrement contraignante et incertaine, les inscrivant dans un réel parcours du combattant et une grande instabilité avant de pouvoir accéder à une autorisation pleine d'exercice.

L'Établissement Public de Santé Mentale Départemental de l'Aisne (EPSMDA), établissement spécialisé qui couvre l'ensemble du département de l'Aisne, subit cette inégale répartition et souffre d'une insuffisance en termes de ressources médicales. Pour faire face à ce manque, une des stratégies développées y est de recourir à des PADHUE. Toutefois, le constat est qu'une grande partie de ces praticiens, après de longues années de fidélité, quitte l'établissement une fois l'autorisation pleine d'exercer obtenue. Comment comprendre ce phénomène ? Pour quelles raisons sont-ils restés durant une certaine période au sein de l'établissement pour le quitter une fois l'autorisation d'exercer acquise ?

Pour tenter de trouver des éléments de compréhension à ce phénomène, certains concepts apparaissent intéressants, notamment les notions d'engagement et de fidélité. Ainsi, en nous appuyant sur une revue de littérature et à travers une recherche exploratoire sous forme d'étude de cas, nous tenterons de répondre à la problématique suivante : **en quoi l'engagement calculé explique-t'il la fidélité temporaire des PADHUE en attente de reconnaissance statutaire dans un hôpital public périphérique à faible attractivité médicale ?**

Afin de présenter notre travail de recherche, nous proposons dans un premier temps d'exposer le cadre contextuel et conceptuel qui nous permet de border notre étude (I). Nous présenterons ensuite notre cadre exploratoire (II), qui sera composé de notre méthodologie, de nos résultats, et d'une discussion, pour aboutir à une conclusion.

PARTIE I. Cadre contextuel et conceptuel

L'objectif de cette partie est de présenter le cadre contextuel et conceptuel de notre étude. Sur la base de données chiffrées, de textes de lois, et d'une revue de littérature, nous préciserons de quelle manière sera bordée notre étude et ce qui la justifie. Cette partie comprend deux chapitres.

Le premier chapitre apporte des éléments sur la situation démographique des médecins en France et au sein de l'EPSMDA, structure hospitalière qui représente le terrain de notre recherche. Nous verrons ainsi que les PADHUE sont des médecins indispensables dans un contexte de faible attractivité médicale, d'où la pertinence de nous interroger sur leur fidélisation. Nous ferons également référence au contexte réglementaire de ces praticiens de manière à appréhender de plus près la complexité de leurs situations. Ces points nous semblent essentiels pour comprendre le rapport qu'ils peuvent entretenir vis-à-vis de la structure hospitalière qui les emploie, et ainsi mieux concevoir ce qui peut acheminer à de la fidélité.

Le second chapitre est consacré aux concepts et modèles théoriques qui bordent notre étude exploratoire. Nous nous intéresserons en particulier au concept d'engagement calculé, utilisé dans le modèle tridimensionnel de l'engagement organisationnel, et de fidélité, en passant par d'autres théories plus anciennes qui font échos avec ces notions.

Cette partie nous permettra de glisser progressivement vers la problématique suivante : **en quoi l'engagement calculé explique t'il la fidélité temporaire des PADHUE en attente de reconnaissance statutaire dans un hôpital public périphérique à faible attractivité médicale ?**

1. Cadre contextuel

1.1. Des médecins indispensables dans un contexte de faible attractivité médicale

Destiné à contextualiser l'exercice des PADHUE en France et à souligner la place indispensable qu'ils occupent dans notre système de santé, ce premier chapitre est décomposé en trois sections. La première section donne un aperçu général de la démographie médicale sur le territoire français, en particulier dans le champ de la santé mentale, appuyé par des données chiffrées (I-1.1.1). La deuxième section apporte des éléments explicatifs pour comprendre cette démographie (I-1.1.2). La troisième section décrit la situation médicale au niveau de l'établissement qui représente le terrain de notre recherche : l'EPSMDA (I-1.1.3).

1.1.1. Une répartition inégale sur le territoire français

A l'échelle mondiale, de nombreux pays sont en situation de pénurie médicale, et même plus largement en pénurie de professionnels de santé. En 2006, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait le déficit en « *personnels de santé* » à plus de 4,3 millions, cette appellation englobant « *les personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé* » (OMS, 2006, 2). En ce qui concerne la catégorie des professionnels médecins, il existe des disparités en termes de densité médicale entre les pays du Nord et du Sud : alors que les pays du Sud sont marqués par une pénurie nationale de médecins, les pays du Nord sont plutôt touchés par des pénuries localisées dans certaines zones géographiques.

En France, il existe des disparités territoriales au niveau de la répartition des médecins, impactant directement l'accès aux soins de la population. En effet, depuis les années 1970, la démographie médicale est une grande préoccupation en France, qui "*passé d'un trop-plein de médecins à une situation de pénurie partielle*" (Cottureau, 2015). Le dernier recensement effectué par le CNOM dans son Atlas de la démographie médicale permet d'illustrer ce constat en fournissant des données chiffrées datant de 2018. Au 1er janvier 2018, la France comptabilise 296 755 médecins inscrits au tableau de l'ordre, soit une augmentation de 2% (+ 5781 médecins) par rapport à 2017 et de 12% (+ 35 377 médecins) par rapport à 2010. La densité médicale nationale est de 250,3 médecins pour 100 000 habitants, ce qui, comparativement à d'autres pays développés tels que les États-Unis (2,5/1000 en 2011) ou le Japon (2,3/1000), apparaît satisfaisant. Selon l'OMS, ce nombre est acceptable pour couvrir correctement les interventions essentielles en matière de soins de santé. Cependant, la France doit faire face à des phénomènes locaux de pénurie médicale. Une analyse plus précise des

effectifs médicaux permet d'afficher une évolution dans le profil de ces médecins, ainsi que des disparités de densité médicale entre les spécialités et les zones géographiques.

La moyenne d'âge des médecins inscrits au tableau de l'ordre est de 57 ans, avec 43% de femmes et 57% d'hommes. Les médecins de plus de 60 ans représentent 45,1% des inscrits et ceux de moins de 40 ans 17,6%. Parmi les médecins inscrits, 198 081 sont en activité et 79 648 sont retraités, dont 17 373 en cumul emploi-retraite. En 2018, 66,7% des médecins inscrits au CNOM sont en activité régulière, mais alors que ce nombre tend à augmenter, celui des médecins en activité régulière est en baisse de 10% depuis 2010. Le nombre de médecins retraités actifs a quant à lui augmenté de 11,9% depuis 2010. C'est majoritairement au bénéfice des médecins retraités qu'a augmenté le nombre d'inscrits, révélant un vieillissement de la population médicale qui interroge le renouvellement générationnel et la disponibilité professionnelle. Parmi l'ensemble des médecins en activité régulière, 87 801 sont généralistes, 85 647 sont spécialistes chirurgicaux, et 24 631 sont spécialistes médicaux. Toujours parmi ces médecins en activité, 57% sont libéraux, 46% ont une activité libérale exclusive, et 12% cumulent les deux types d'activité. Alors que le nombre de médecins généralistes a plutôt stagné depuis 2012, le nombre de spécialistes a augmenté, les différentes spécialités présentant une attractivité variable. La psychiatrie fait partie des spécialités les moins attractives, en témoigne les classements de choix de spécialité lors des Épreuves Classantes Nationales (ECN), où la psychiatrie se situe chaque année en bas du tableau.

Ainsi, bien que le nombre de médecins semble suffisant en France au regard des données chiffrées globales, c'est une population vieillissante, insuffisamment renouvelée par les jeunes générations, et inégalement répartie sur le territoire. En parallèle, nous pouvons préciser qu'il existe un accroissement des besoins, avec une population en augmentation, vieillissante, et qui présente davantage de pathologies chroniques. Il existe donc, comme dans la plupart des pays du Nord, des zones sous-médicalisées au sein desquelles les populations sont en difficulté pour accéder aux soins. Ces inégalités de répartition sont présentes entre les régions, mais également à l'intérieur des régions. De même, il existe des disparités au sein des spécialités, la psychiatrie apparaissant impactée par ces déséquilibres.

En 2019, le territoire français recense 15 479 psychiatres en activité, avec une densité nationale estimée à 23 psychiatres pour 100 000 habitants en 2018. À l'image de la démographie médicale globale, la répartition des psychiatres apparaît également déséquilibrée : ils sont principalement concentrés sur la région parisienne et le sud de la France, avec des disparités

interdépartementales. L'âge moyen est de 52 ans, et la profession tend à se féminiser (52%). Concernant le mode d'exercice, 43% sont salariés, 45% sont libéraux, et 12% ont un exercice mixte. Bien que la densité médicale de cette spécialité semble élevée comparativement à d'autres pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), il semblerait que le nombre de psychiatres en France soit insuffisant, en particulier dans le service public, avec en parallèle une population aux besoins en santé mentale grandissants.

1.1.2. Plusieurs facteurs en cause

Diverses politiques sont en lien direct avec la situation démographique actuelle des médecins en France. Citons tout d'abord la mise en place du numerus clausus en 1971. Pour remettre dans son contexte l'instauration de cet outil de régulation, il faut préciser que durant la fin des années 1960, les étudiants en médecine sont de plus en plus nombreux à la faculté, le passage en deuxième année s'effectuant suite à la réussite à un examen de fin de première année. Face à la crainte du corps médical de voir apparaître une pléthore de médecins, mais aussi face à la saturation des universités, les gouvernements ont alors instauré un numerus clausus de manière à pouvoir fixer annuellement le nombre d'étudiants pouvant accéder à la deuxième année de médecine. L'idée était également de pouvoir diminuer les dépenses en santé, le quota fixé étant une manière de maîtriser les dépenses. Pendant plus de trente ans, le pays a formé de moins en moins de médecins, avec pour conséquence immédiate une diminution du nombre d'internes dans les hôpitaux et pour conséquence décalée dans le temps un déséquilibre au sein de la démographie médicale. La population médicale étant vieillissante, le renouvellement générationnel apparaît alors insuffisant pour répondre aux besoins grandissants de la population. À noter que durant l'année 2020, l'Assemblée nationale a approuvé la suppression du numerus clausus et refondé la formation médicale en proposant plusieurs parcours, mais l'effet sur la démographie médicale sera également décalé dans le temps étant donnée la durée des études.

Notons aussi la mise en place de l'internat de spécialité en 1984, remplacé en 2004 par les ECN, qui a ajouté une sélection supplémentaire durant les études médicales : en effet, les spécialités sont devenues accessibles suite à un concours sur quota, ce qui a eu un impact sur le nombre de médecins spécialisés.

Les incitations de reconversion et de départs en retraite ont également entraîné le départ à la retraite des spécialités les plus difficiles et des médecins dans les zones les plus isolées.

Au delà de l'effet direct qu'ont pu avoir ces différentes mesures sur la démographie et la répartition médicale, d'autres facteurs sont à prendre en considération. La Fédération Européenne de Médecins Salariés et la Fédération des Praticiens de Santé (FEMSDPS) a réalisé une étude (Dalkiliç, Meriç et Trujillo-Gutierrez, 2008) permettant de mettre en évidence ces facteurs. Les auteurs citent notamment la mise en place de l'Aménagement et Réduction du temps de Travail (ARTT), qui a modifié la durée légale du temps de travail et ainsi eu des effets sur la disponibilité des personnels de santé. Ils mettent également la lumière sur les évolutions sociétales, notamment le fait que les jeunes médecins ont une représentation différente du travail et cherchent davantage à concilier leur vie personnelle et leur vie professionnelle. Ils auraient alors tendance à s'installer dans les régions où ils se sont formés ou dans les métropoles, et à rejeter l'activité dans les zones rurales. Aussi, la féminisation de la profession médicale semble avoir eu un impact sur la disponibilité de ces professionnels, les femmes ayant davantage tendance à travailler en temps partiel pour pouvoir se consacrer à leur famille.

Différentes mesures prises par le gouvernement, notamment le numéris clausus, les réformes des études médicales, les réformes sur le temps de travail, mais aussi des changements sociétaux, semblent avoir contribué au développement d'une inégale répartition de médecins sur le territoire français. Des mesures ont été mises en place pour contrer ces déséquilibres, notamment la mise en place d'incitations et le développement de coopérations, mais l'impact reste marqué dans le secteur hospitalier, qui continue de montrer des difficultés pour avoir suffisamment de médecins dans leurs services. Ces établissements ne sont de plus pas égaux au niveau de leurs ressources médicales, les médecins s'orientant plus facilement vers un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qu'un centre hospitalier périphérique, surtout s'il est éloigné des métropoles régionales. L'ouverture à des médecins venus de pays non européens apparaît alors être une stratégie permettant partiellement de contrer ces difficultés. Nous proposons de nous intéresser en particulier à l'EPSMDA, établissement à mono activité subissant l'évolution de la démographie médicale en France.

1.1.3. L'EPSMDA : un hôpital qui subit l'évolution de la démographie médicale française

L'attractivité médicale d'un établissement de santé semble étroitement liée à l'attractivité de son territoire. Pour cette raison, avant de nous concentrer sur l'EPSMDA, nous proposons de préciser quelques éléments de contexte au sujet du territoire axonais. Nous nous intéresserons ensuite à la démographie médicale de l'établissement et aux difficultés qu'il rencontre pour recruter et fidéliser des ressources médicales.

Selon L'INSEE, l'Aisne est le plus étendu des départements Hauts-de-France, mais aussi le moins dense. Il est structuré en réseau autour de quelques villes de taille moyenne (Saint-Quentin, Laon, Soissons) qui disposent d'un niveau satisfaisant d'équipements. Néanmoins, en raison de l'étendue et de la faible densité du département, les axonais ont besoin de 1,5 fois plus de temps que les habitants résidant dans le Nord pour y accéder. Au regard de la moyenne régionale, ce territoire est peu artificialisé, avec une part non négligeable occupée par les forêts (un cinquième de la superficie du département). Le vieillissement de la population dans l'Aisne serait plus important que dans l'ensemble de la région, et les estimations annoncent une diminution des moins de 20 ans et une augmentation marquée des plus de 65 ans. Le taux de chômage et de pauvreté est élevé, et l'emploi est insuffisant pour satisfaire la demande des actifs, conduisant certains à travailler dans les départements alentours. Bien que des projets d'aménagement du territoire soient prévus, le département reste à ce jour peu dynamique et peu attractif.

Sur le plan médical, l'Aisne dispose de la cinquième plus faible densité de France métropolitaine, avec un nombre de médecins qui décroît chaque année en nombre et dont l'âge moyen s'accroît. De plus, l'Aisne ne dispose pas de CHU, et les facultés de médecine se situent à distance dans des départements limitrophes, ce qui limite la venue d'internes. La totalité de ce territoire a été placée en zone déficitaire et des actions ont été lancées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le conseil départemental pour attirer des médecins, mais les difficultés rencontrées au sein des établissements publics restent à ce jour très importantes.

Selon le dernier diagnostic territorial partagé en santé mentale de l'Aisne réalisé en 2017, l'offre de soin publique en psychiatrie et santé mentale est couverte par deux établissements sur le territoire : le Centre Hospitalier (CH) de Saint-Quentin, qui gère deux secteurs de psychiatrie adulte, et l'EPSMDA, qui couvre l'ensemble du département de l'Aisne. Ce dernier est domicilié au cœur de la forêt de Saint-Gobain, dans le village de Prémontré, avec pour particularité d'avoir une compétence totale sur le département pour la pédopsychiatrie (3

secteurs), et quasi totale pour la psychiatrie générale (5 secteurs). Deux établissements privés et divers établissements et services médicosociaux sont également présents sur le territoire, ainsi que des associations de patients et de familles. Une étude de la démographie professionnelle réalisée en 2016 a estimé que l'Aisne dispose de 63 psychiatres, dont 43 salariés (68%), 10 libéraux (16%) et 10 à exercice mixte (16%), soit une densité de 11,7 psychiatres pour 100 000 habitants. Ce sont des chiffres deux fois plus faibles qu'en France métropolitaine.

Au sein de l'EPSMDA, selon les données fournies par l'administration de l'hôpital, 45 psychiatres sont en exercice, dont 36% de diplôme français ou européen, 40% à diplôme non européen reconnu par le CNOM, et 24% de PADHUE en attente de reconnaissance statutaire. Ainsi, 64% des psychiatres de l'établissement se sont formés en dehors de l'union européenne. 41% des praticiens sont des femmes contre 59% d'hommes. La moyenne d'âge est de 54 ans, avec 43% des praticiens de plus de 60 ans. La démographie médicale au sein de l'établissement apparaît très proche de la démographie sur le territoire français, avec de nombreux départs en retraite en prévision sans renouvellement des postes. De plus, depuis plusieurs années, le constat est que les PADHUE en attente de reconnaissance statutaire ont tendance, une fois leur statut reconnu, à quitter l'établissement. C'est à cette catégorie de praticiens que nous nous intéressons dans le cadre de notre étude, soit 11 personnes de l'EPSMDA, de manière à mieux comprendre ce phénomène.

Différentes mesures ont été mises en places au sein de l'établissement pour attirer des médecins. Les leviers habituels fonctionnant très peu pour attirer des médecins à diplôme français et des internes, des conventions ont été établies avec des hôpitaux du Sénégal et du Burkina Faso afin de proposer aux étudiants un lieu de stage sur une année. Ce levier reste également peu efficace à ce jour, les étudiants s'orientant de manière privilégiée vers les grandes villes et ne pouvant, de toute façon, exercer que durant un an. Des stratégies ont alors été développées pour attirer des PADHUE, mais une véritable concurrence semble exister entre les différents établissements de santé. Pour attirer et fidéliser des PADHUE, la politique de l'établissement est composée de différents points, dont : recrutement à un statut et un salaire avantageux, financement complet des formations, temps de formations conséquent, financement d'un logement de fonction. En dépit de ces conditions attrayantes, le constat est que même en ayant exercé durant de nombreuses années dans l'hôpital, une fois le statut de médecin reconnu, de nombreux PADHUE ont tendance à quitter l'établissement. Ceci nous amène à nous interroger sur l'engagement qu'ils peuvent avoir vis-à-vis de cette organisation.

La démographie médicale en France est marquée par de fortes disparités territoriales et de spécialités, avec des écarts qui ont tendance à se creuser (I-1.1.1). Ce bilan est à mettre en relation avec un ensemble de facteurs politiques, géographiques et sociétaux (I-1.1.2) qui tendent à compliquer l'accès à des médecins dans les hôpitaux publics de périphérie. L'EPSMDA illustre ce constat, cet établissement spécialisé subissant l'évolution de la démographie médicale française. A l'instar d'autres établissements publics à contexte proche, le recours à des PADHUE est apparu comme une variable d'ajustement partiel (I-1.1.3). Au vu de ce contexte, nous intéresser à cette catégorie de professionnels de santé apparaît pertinent, notre objectif étant de mieux comprendre leur engagement vis-à-vis de l'établissement étudié, avec en arrière fond la recherche de leviers de fidélisation.

1.2. Une réglementation contraignante, évolutive, et incertaine

Afin de préciser le cadre contextuel dans lequel s'inscrit l'exercice des PADHUE en France et à l'EPSMDA, ils nous paraît essentiel d'apporter quelques données réglementaires, qui font partie intégrante de leur contexte d'exercice et sont étroitement liées à notre problématique. Ce chapitre se décompose en trois sections. La première section définit le cadre d'exercice des médecins en France (I-1.2.1). La deuxième section présente la réglementation spécifique aux PADHUE (I-1.2.2). Ce cadre juridique étant complexe et évolutif, nous proposons une « présentation simplifiée » de cette réglementation. La troisième section apporte des précisions sur la réglementation territoriale pour les personnes à nationalité non européenne, caractéristique sociodémographique présente chez de nombreux PADHUE (I-1.2.3).

1.2.1. La médecine : une profession réglementée et protégée

La médecine en France est une profession réglementée et protégée. Actuellement, selon l'article L.4111-1 du Code de la Santé Publique (CSP), trois critères cumulatifs conditionnent l'exercice de la médecine en France. Le premier est un critère de diplôme. L'article L.4131-1 précise en effet que le praticien doit être titulaire soit du diplôme français de docteur en médecine, soit d'un diplôme de médecine délivré par un état membre de l'Union Européenne conforme aux obligations communautaires. Le deuxième est un critère de nationalité, le professionnel devant être de nationalité française, andorrane, ressortissant communautaire ou assimilé à un ressortissant communautaire (état membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen). Depuis 2009, cette condition de nationalité ne s'applique plus aux médecins titulaires d'un diplôme français de médecine. Le troisième est un

critère d'admission par la profession, c'est à dire par le CNOM. Ce dernier critère est par ailleurs subordonné à la réalisation des deux autres critères. Si l'ensemble de ces conditions n'est pas respecté, la pratique de la médecine est illégale, et punissable de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Alors qu'initialement, l'exercice de la médecine en France était uniquement réservé aux médecins français et titulaires d'un diplôme français, il s'est progressivement ouvert aux médecins à diplôme européen suite au vote d'une directive du conseil des communautés européennes (la directive 75-362/CEE). Cette directive a été transposée en une loi (loi n°76-1228) qui, depuis 1976, permet aux ressortissants des états membres de l'Union Européenne de circuler et s'installer en France. Un accord conclu entre les communautés européennes et certains pays (Islande, Liechtenstein, Norvège) autorise également l'exercice de la médecine en France aux praticiens titulaires d'un diplôme provenant de l'un de ces pays.

Les praticiens titulaires d'un diplôme extracommunautaire, les PADHUE, n'étaient quant à eux, en principe, pas autorisés à exercer en France. Toutefois, plusieurs voies d'accès à l'exercice professionnel leur ont été ouvertes depuis 1972. À ce jour, nous retrouvons en France des PADHUE dont le diplôme a été reconnu depuis leur arrivée, exerçant au même titre que les autres praticiens, tandis que d'autres exercent sous des modalités particulières en attente de la reconnaissance de leur diplôme et de leur inscription au CNOM. C'est à cette deuxième catégorie que nous nous intéressons dans cette étude.

1.2.2. L'exercice de la médecine pour les PADHUE : une réglementation complexe

La cadre réglementaire actuel, qui protège et conditionne l'exercice de la médecine en France, résulte d'un long processus historique. Avant de détailler les grandes lois qui ont été proposées pour sécuriser et encadrer l'exercice des PADHUE, nous proposons de donner quelques repères historiques.

L'origine de la médecine semble remonter à la Préhistoire, en témoigne la découverte de crânes portant des signes de trépanation. Toutefois, l'exercice de la profession en France n'est subordonné à un diplôme que depuis 1803 (loi du 19 ventôse an IX, citée par Lemaire, 2003) : « nul ne peut désormais exercer la médecine ou la chirurgie sans avoir été reçu docteur ». Depuis, de nombreux textes réglementaires sont venus compléter cette loi.

Pour retracer quelques grandes périodes de l'évolution de la réglementation des médecins en France, nous pouvons rapporter qu'au début des années 1890, le nombre d'étudiants étrangers en médecine augmente. Ces derniers sont alors accusés de prendre la place des médecins français (Halioua, 2002 cité par Lochard et al., 2007). Dans ce contexte, une loi adoptée en 1892 limite l'exercice de la profession aux médecins diplômés en France : « *nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat* » (article I, loi du 30/11/1892, cité par Lavaud-Legendre, 2008). Avec la première guerre mondiale, le ministère de l'instruction publique s'était ouvert à une politique d'équivalence et de dispenses, mais une atmosphère « protectionniste » revint de nouveau assez rapidement. Dès 1920, les syndicats médicaux accusent les étudiants en médecine étrangers d'être des preneurs d'assaut des facultés françaises, raison pour laquelle la législation a été modifiée pour limiter l'accès à l'exercice de la profession aux personnes étrangères. La loi Armbruster, promulguée en 1933, conditionne alors l'exercice de la profession à deux critères : être de nationalité française et être titulaire d'un diplôme français, avec en parallèle une suppression des équivalences des diplômes étrangers. La période de Vichy accentue cette tendance à écarter les praticiens étrangers et à diplômes étrangers, en particulier à l'égard des personnes juives (Nahum, 2008). Une loi adoptée en 1940 (16/08/40) stipule d'ailleurs que « *l'accès à la médecine est limité uniquement aux praticiens de nationalité française, né d'un père français, et ce avant 1927. Autrement dit, les médecins étrangers installés, y compris ceux qui ont acquis la nationalité française après 1927 et ceux qui sont nés en France de père étranger, sont écartés de l'exercice de la médecine* » (Halioua, 2002, cité par Lochard et al., 2007).

À partir de 1972, de nouvelles réglementations rendent possible le recrutement des médecins à diplôme non européens. Il s'agit de l'année de création de la première procédure permettant l'exercice de la médecine en France pour les PADHUE. La législation n'a depuis cessé d'évoluer, en témoigne le tableau synthétique en **annexe 2**, réalisé par Victoire Cottereau (2015) et mis à jour. Parcourir ces grandes lois met en lumière le caractère mouvant et aléatoire de la législation encadrant l'exercice de la médecine pour les PADHUE, et nous aide à mieux saisir les contraintes sous lesquelles ils construisent leur carrière en France. De manière à circonscrire le contexte réglementaire actuel, nous pouvons noter qu'à ce jour, la procédure en vigueur est celle de la Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE), qui comprend trois listes à modalités différentes. Le graphique en **annexe 3**, réalisé par Victoire Cottereau (2015) et

également mis à jour, permet de faire une présentation synthétique de cette procédure. C'est par le biais de cette dernière que les PADHUE arrivés en France ont accès à une reconnaissance de leur diplôme sur le territoire, et donc parviennent au plein exercice de la médecine avec inscription au CNOM. Toutefois, la réalité est que l'entrée dans cette procédure est longue et très sélective, inscrivant les PADHUE dans une situation instable durant de nombreuses années.

En absence de reconnaissance de leur diplôme, les PADHUE peuvent exercer dans un hôpital public de manière limitée, c'est à dire sous un statut spécifique et sous la responsabilité d'un médecin de même spécialité. Les PADHUE ne remplissent pas toujours les conditions pour être recrutés, conduisant des établissements de santé à embaucher illégalement, et engageant de ce fait leur responsabilité. Le tableau en **annexe 4**, proposé par Victoire Cottreau (2015), décline les principaux statuts sous lesquels ces PADHUE peuvent exercer : Faisant Fonction Interne (FFI), Assistant Associé (AA), Praticien Attaché Associé (PAA), et Assistant Associé Lauréat (AAL) pour les PADHUE entrés dans la procédure PAE. Nous pouvons repérer de nettes différences entre les conditions d'exercice, certains statuts étant plus précaires que d'autres. De plus, ces conditions se distinguent fortement des conditions des médecins dont le statut est reconnu.

1.2.3. Et la nationalité ?

Quelle que soit la nationalité du praticien, la détention d'un diplôme non européen ne permet pas d'exercer pleinement et d'emblée la médecine sur le territoire français. À noter que depuis 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) a supprimé la condition de nationalité pour les médecins détenant un diplôme français. Le schéma en **annexe 5**, proposé par le site du Centre National de Gestion (CNG), permet de récapituler les différents cas de figures, celui qui nous intéresse dans le cadre de notre étude étant le premier présenté.

En plus de la contrainte liée à la réglementation de la profession de médecin, une grande partie des PADHUE est également soumise à une contrainte territoriale. En effet, alors que les individus français et européens sont autorisés à circuler et travailler librement sur le territoire français, les autres doivent obtenir des autorisations de séjour et de travail (visa, titre de séjour...). Ces autorisations ont une durée variable, généralement dépendante de la durée du contrat de travail. Leurs renouvellements sont lourds et parfois complexes, à la fois pour les employeurs et les praticiens, générant une certaine instabilité. Face à ces difficultés, certains praticiens optent d'ailleurs pour la naturalisation, qui est également complexe à obtenir car elle nécessite au préalable de détenir un contrat de travail pérenne sur le territoire.

La profession de médecin en France est réglementée et protégée (I-1.2.1) Rattachée à un historique protectionniste, la réglementation encadrant l'exercice médical pour les PADHUE a beaucoup évolué à travers le temps. C'est un cadre juridique plutôt complexe et incertain, construit sur la base de réajustements effectués « pas à pas » sans cohérence d'ensemble. Actuellement les PADHUE dont le diplôme n'est pas reconnu en France doivent s'inscrire dans la PAE pour faire reconnaître leur statut (I-1.2.2). En parallèle s'ajoute parfois la question de la nationalité, qui complique l'intégration du PADHUE au sein du territoire français (I-1.2.3).

Ce contexte particulier, spécifique à notre population d'étude, nous apparaît essentiel à prendre en considération pour pouvoir adopter une attitude compréhensive. Comprendre les actions d'un individu nécessite à notre sens de tenir compte de son contexte, et cette réglementation est très prégnante dans le contexte des PADHUE.

2. Cadre conceptuel

Nous venons de préciser le contexte dans lequel s'inscrit notre recherche (I-1). Avant de décrire notre cadre exploratoire (II), il s'agit dans ce chapitre de définir le cadre conceptuel qui borde notre étude (I-2). La première section présente le paradigme dans lequel nous nous inscrivons, et circonscrit la conception de l'être humain qui sous-tend notre cadre conceptuel (I-2.1). En effet, la notion d'« engagement calculé » fait écho avec des théories plus anciennes que nous souhaitons citer pour apporter de la solidité à notre contour théorique. La deuxième section consiste à présenter le concept de fidélité, ainsi que celui de carrière auquel il nous semble étroitement rattaché (I-2.2). La troisième section expose le concept d'engagement organisationnel, en particulier l'engagement calculé, en nous référant au modèle tridimensionnel de l'engagement (I-2.3).

2.1. L'individu comme objet d'étude : un être rationnel qui tend à satisfaire ses besoins

2.1.1. Individualisme méthodologique et sociologie compréhensive

Il nous paraît important d'ancrer notre étude dans un cadre théorique solide et clairement explicite. Ainsi, nous proposons de définir le paradigme dans lequel s'inscrit cette recherche parmi les deux grandes approches qui historiquement s'opposent au sein des sciences sociales. En effet, nous retrouvons parmi ces disciplines deux tendances antagonistes : il s'agit de l'individualisme de l'école allemande de Wilhelm Dilthey et Max Weber, et de l'holisme de l'école positiviste d'Auguste Comte et Wilhelm Durkheim. Francisco Naishtat précise d'ailleurs que « *même si l'expression individualisme méthodologique n'apparaît pas vraiment dans les écrits de Max Weber, il règne un large consensus dans la communauté scientifique pour considérer que Weber était un individualiste méthodologique avant la lettre* » (1995).

La grande distinction qui peut être faite entre ces deux paradigmes concerne la manière dont est conçu le statut de l'être humain. Dans l'approche individualiste, l'accent est mis sur le jeu des individus et leur conscience : les motivations des individus seraient au cœur de l'explication causale. Pour l'approche holiste, le primat est concédé aux effets déterministes des structures des individus. Ainsi, les phénomènes ne pourraient être expliqués « *qu'en invoquant les propriétés d'entités irréductiblement supra individuelles* » (Sperber, 1997).

L'approche individualiste, que nous rejoignons, est étroitement reliée à la sociologie compréhensive développée dans la conception webérienne, qui aborde les faits sociaux sous un regard compréhensif. L'exigence compréhensive revendiquée ici pour les sciences sociales est d'ailleurs à différencier de l'exigence explicative des sciences naturelles. Dans un article visant à comprendre la notion de compréhension telle qu'elle est envisagée par Weber, Frédéric Gonthier la présente comme une recombinaison du sens d'une activité, la "*reconstruction objective d'un processus cognitif*" (2004). Ainsi " *dans la mesure où l'activité se définit comme la conduite que le sujet investit d'une signification, comprendre veut dire retourner au processus de production de sens, qui s'exprime dans les différents motifs par lesquels les sujets rendent compte de leurs comportements*". Il existerait une relation de circularité entre les notions de compréhension, d'interprétation et d'explication de l'activité sociale : la compréhension servirait à accéder au sens visé par l'acteur dans ses actions ou intentions d'action, l'interprétation renverrait à l'objectivation, par le chercheur, du sens identifié, et la phase explicative viserait à établir une compréhension causale de la réalité sociale.

Selon Raymond Boudon, premier sociologue à introduire le courant de pensée de l'individualisme méthodologique en France, l'individu serait doté d'une intentionnalité rationnelle, à l'origine de ses actions. Selon les règles de ce courant, la société n'est pas humaine et ne peut donc pas avoir de volonté propre ; seuls les individus seraient dotés de buts et d'intérêts. Ainsi, les phénomènes sociaux devraient être expliqués dans des termes se référant aux dispositions des agents, telles que les croyances, les motivations, les désirs, les besoins, les ressources. Boudon définit d'ailleurs trois postulats qui gouvernent l'approche individualiste (2004). Le premier est que « *tout phénomène social résulte de la combinaison d'actions, de croyances, ou d'attitudes individuelles* » : il s'agit du postulat de l'individualisme. La deuxième est que « *comprendre les actions, croyances et attitudes de l'acteur individuel, c'est en reconstruire le sens qu'elles ont pour lui* » : il s'agit du postulat de la compréhension. Expliquer son idée ou son action, ce serait « *trouver les bonnes raisons de sa pensée ou de son action dans cette situation et les comprendre comme il les a comprises* » (Tarot, 2004) l'expression « bonnes raisons » étant à entendre comme des raisons qui, dans le contexte de l'acteur, sont bonnes, et ce même si elles ne sont pas jugées bonnes par le chercheur. Le troisième postulat de l'individualisme méthodologique selon Boudon est que « *l'acteur adhère à une croyance ou entreprend une action parce qu'elle a du sens pour lui* » : il s'agit du postulat de rationalité.

Dans le cadre de notre étude, nous pensons qu'il est nécessaire de nous inscrire dans la lignée de cette approche compréhensive des faits sociaux, étudiés à l'échelle des individus. Ces individus étant le niveau d'analyse de notre étude, nous proposons de citer brièvement deux théories nous permettant de circonscrire la conception de l'homme qui sous-tend notre recherche et qui rejoint le modèle sur lequel nous nous appuyons.

2.1.2. La rationalité de l'être humain

Comme le précise Boudon lorsqu'il définit les critères de la sociologie compréhensive, l'individu peut être considéré comme un être rationnel. Cette idée fait écho avec le concept « d'engagement calculé » que nous traitons dans ce mémoire, définit comme la manière dont l'être humain peut « *s'engager dans une organisation en raison de ce qu'il a à gagner en restant ou à perdre en la quittant* » (Vigan, 2017). Avant d'apporter des précisions au sujet de ce concept (I-2.3), nous proposons de nous appuyer sur des travaux plus anciens qui, dans la même lignée, appréhendent l'être humain comme étant un être rationnel. C'est une idée qui a beaucoup été défendue dans la littérature scientifique à travers des regards différents, et l'absence de consensus conduit à une large diversité de théories.

Selon Max Weber, économiste et sociologue allemand, la rationalité « *est tout simplement la capacité de choisir les moyens d'atteindre ses buts* » (Cuin, 2001). Selon Herbet Simon, cette rationalité présenterait un caractère limité (1974, cité par Cuin, 2001) dans la mesure où l'être humain a des capacités et des connaissances limitées dans un environnement incertain. Ses comportements viseraient alors la satisfaction, et non l'optimisation, et sa rationalité apparaît dépendante de sa subjectivité. Weber est notamment l'auteur de l'ouvrage « *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* », au sein duquel il développe une typologie des déterminants de l'action décomposée en quatre sous ensemble (Cuin, 2001) :

- Les actions « instrumentales » : elles sont intentionnelles et rationnelles en finalité, un moyen de s'ajuster à des buts.
- Les actions « normatives » : elles sont également intentionnelles et se réfèrent aux valeurs. Les moyens sont dans ce cas choisis par rapport à des valeurs intrinsèques.
- Les actions « traditionnelles » et « affectuelles » : elles sont non rationnelles puisque le choix des moyens n'est pas réellement délibéré.

Dans notre étude, nous pensons effectivement que l'individu se comporte d'une certaine manière car cela a du sens pour lui. Les choix de carrières, tels que le choix de rester ou de quitter une organisation, sont perçus sous un angle rationnel et intentionnel, rejoignant les actions instrumentales et normatives définies dans la typologie de Weber. En particulier, le concept « engagement calculé » de notre problématique rejoint la vision instrumentale de l'action, avec l'idée que l'engagement de l'individu dans l'organisation est le résultat d'un calcul coût/bénéfice. Pour comprendre ce calcul, nous souhaitons également développer l'idée selon laquelle les êtres humains ont des besoins (I-2.1.3), et que ces besoins sont à prendre en considération pour étudier leur engagement.

2.1.3. L'être humain : un être qui se comporte pour répondre à ses besoins

Qu'ils soient instinctifs ou rationnels, la grande majorité des comportements humains seraient motivés par la recherche de satisfactions concernant des besoins : il s'agit là de la conception développée par Abraham Maslow, psychologue américain notamment connu pour son apport sur les contenus motivationnels. Pour démontrer l'intérêt de citer ses travaux dans le cadre de notre étude, il apparaît avant tout nécessaire de définir le concept motivation. Pour Pierre Louart, la motivation désigne « *les forces qui agissent sur une personne ou à l'intérieur d'elle pour la pousser à se conduire d'une manière spécifique, orientée vers un objectif* » (2002). Ainsi, le comportement serait un canal à travers lequel s'exprime d'autres motifs plus profonds. Le comportement étant susceptible d'exprimer plusieurs choses, Maslow suggère que la seule base solide sur laquelle il est possible de bâtir une classification de la vie motivationnelle est celle des besoins fondamentaux.

S'interroger sur ce qui peut amener à une fidélité temporaire chez les PADHUE dans un établissement hospitalier périphérique équivaut à s'interroger sur ce que l'organisation leur apporte et ne leur apporte pas, tout en tenant compte du contexte. Pour cette raison, nous proposons de nous intéresser à la théorie des besoins fondamentaux de Maslow, qui bien qu'ancienne, nous apporte un éclairage par rapport à notre recherche.

Pour mieux appréhender la conceptualisation d'Abraham Maslow, nous nous sommes appuyés sur l'ouvrage « Devenir le meilleur de soi-même » (2013), dont l'édition originale « Motivation and Personality » a été révisée et éditée à trois reprises. Représenté sous forme pyramidale, le modèle de Maslow a connu un succès mondial et a trouvé une application en entreprises, en publicité, et dans de nombreux autres domaines de la psychologie. Cette

pyramide est constituée de cinq niveaux, et intègre la classique dichotomie des besoins primaires, indispensables à la survie, et des besoins secondaires, qui seraient davantage des besoins sociaux et sociétaux.

A travers cette pyramide, Maslow établit que les besoins humains s'ordonnent de manière hiérarchique, avec à la base des besoins physiologiques : la faim, la soif, le repos, la sexualité. Ce sont des besoins qui, bien que physiologiques, amènent à des comportements pouvant servir de canaux à d'autres besoins. Également, ce sont les besoins les plus prédominants qui constituent la motivation principale s'ils ne sont pas satisfaits. En revanche, s'ils sont satisfaits, d'autres besoins émergent et dominent l'organisme : là est l'idée défendue à travers le terme « hiérarchie » des besoins. Parmi les besoins dits « psychologiques » qui viennent successivement compléter la pyramide, nous pouvons alors citer les besoins de sécurité, les besoins d'appartenance, les besoins d'estime, et les besoins d'accomplissement de soi. Les besoins de sécurité renvoient aux besoins de stabilité, de dépendance, de protection, de structure, d'ordre, sur le plan physique ou moral. Ce sont des besoins complexes dans la mesure où ils recouvrent une part objective et une part subjective liée aux craintes, aux peurs et aux anticipations. Selon Maslow, nous pouvons percevoir l'expression de ces besoins de sécurité par le biais de phénomènes tels que la préférence pour un emploi stable ou le désir d'épargner et de s'assurer. Les théories de l'attachement développées dans le cadre de la psychologie développementale, et plus particulièrement les travaux de John Bowlby, Mary Ainsworth ou encore Mary Main, reconnaissent largement l'importance du besoin de sécurité chez l'être humain durant son développement : ils appuient sur la nécessité pour un enfant d'avoir une figure d'attachement cohérente et prévisible pour développer une base de sécurité, qui lui permettra alors d'explorer le monde. Par analogie, la satisfaction d'un besoin de sécurité serait favorisée par un environnement stable, cohérent, et prévisible. Les besoins suivants sont les besoins d'appartenance et d'amour, qui révèlent une dimension plus sociale des individus, avec un besoin de se sentir accepté par l'entourage : la satisfaction de ce besoin se définit par rapport aux relations. Les besoins d'estime sont quant à eux classés en deux sous-catégories, que sont un besoin de puissance et de confiance au regard du monde, plutôt centrée sur l'estime de soi, et un besoin de reconnaissance et d'appréciation, plutôt centrée sur l'estime des autres. Enfin, les besoins d'accomplissement, au sommet des aspirations humaines, renvoient à l'idée d'un réel épanouissement, qui requiert selon ce modèle hiérarchique la satisfaction préalable des besoins physiologiques, de sécurité, d'amour et d'estime. Le caractère hiérarchique de ces

besoins est très controversé, mais nous rejoignons cette classification qui nous semble intéressante pour comprendre l'engagement d'un individu dans son organisation.

Nous venons de circonscrire notre étude en précisant le paradigme sociologique dans lequel elle s'inscrit (I-2.1.1), mais aussi en délimitant la manière dont nous appréhendons l'être humain. Celui-ci serait un être avec des besoins à satisfaire (I-2.1.3), ce qui le conduirait à mener des actions et agir sur son environnement dans le but d'y répondre. Étant un être rationnel (I-2.1.2), ces actions seraient alors un moyen de tendre vers ses buts et intérêts, leur conférant un caractère instrumental. Sur la base de cette conception de l'homme, nous proposons dans les parties suivantes de nous intéresser aux concepts de fidélité (I-2.2) et d'engagement (I-2.3).

2.2. La fidélité et la carrière : un binôme conceptuel qui évolue

2.2.1. La fidélité : un concept polysémique

Afin de définir le concept de fidélité, nous nous appuyons sur les travaux de Cézanne et Guillon (2013) qui distinguent cette notion selon trois approches : attitudinale, comportementale, et mixte. Selon l'approche attitudinale, « *la fidélité du salarié est une disposition psychologique, un « ressenti » du travailleur vis à vis de son organisation* », relevant du champ émotionnel ou moral. Les différents indicateurs associés sont l'identification, l'attachement, l'engagement, ou encore l'intention d'absentéisme ou de performance. Cette appréhension du concept rejoint la vision de Galois et Lacroux, qui définissent la fidélité comme étant « *l'attachement et la loyauté du salarié à l'entreprise* » (2012). Il s'agit là d'une relation affective à l'organisation. Selon l'approche comportementale, « *la fidélité du salarié est un phénomène observable qui se manifeste dans sa relation avec l'organisation* ». Selon le modèle Exit Voice Loyalty Neglect (EVLN), elle se manifeste par le fait que « *le salarié reste dans l'organisation* » et « *adopte une démarche constructive en dépit des sources d'insatisfaction* ». Les indicateurs associés seraient par exemple le fait de rester tard au travail ou de ne pas quitter l'organisation. Selon l'approche mixte, la fidélité du salarié est « *une combinaison d'attitudes et de comportements, les premières étant vues soit comme des facteurs explicatifs des seconds, soit comme des construits complémentaires aux seconds* ». Cézanne et Guillon précisent que ces approches présentent des limites, la démarche attitudinale buttant sur des difficultés empiriques et la démarche comportementale rendant complexe l'interprétation des construits observés.

Dans notre étude, nous nous rapprochons plutôt de l'approche comportementale de la fidélité, dans le sens où la notion « fidélité temporaire » est appréhendée à travers le comportement ou l'intention de comportement de rester dans l'organisation sur une durée délimitée dans le temps. En effet, nous avons fait le constat, dans la partie contextuelle (I-1), que de nombreux PADHUE non reconnus statutairement peuvent exercer sur une longue période au sein de l'EPSMDA. Toutefois, une fois l'obtention de la reconnaissance de leur diplôme et leur inscription au CNOM, la tendance est de quitter l'établissement. Il s'agit donc d'une fidélité que nous qualifions de « temporaire ». C'est en particulier à ce phénomène que nous souhaitons nous intéresser dans le cadre de notre étude, notre objectif étant de comprendre en quoi un engagement calculé peut être un facteur explicatif de ce phénomène.

Le concept fidélité, que nous concevons comme à la fois comme le comportement et l'intention de comportement de rester exercer au sein de l'organisation, nous apparaît très lié à la notion de carrière. Nous proposons dans la partie suivante (I-2.2.2) d'explicitier ce lien et de montrer en quoi la fidélité évolue de paire avec le concept de carrière.

2.2.2. L'évolution des carrières et du rapport à la fidélité

Le rapport des salariés à leur organisation a beaucoup évolué avec le temps, ceux-ci restant moins durablement au sein d'une même organisation qu'auparavant. S'intéresser au concept de fidélité nécessite de retracer brièvement la manière dont les carrières ont pu se transformer face à un contexte socioéconomique et un marché du travail en évolution permanente. En effet, dans les années 1960, l'approche traditionnelle appréhende les carrières sous un angle organisationnel et bureaucratique. Les individus réalisent généralement leur trajectoire professionnelle au sein d'une voire deux organisations, avec des mobilités verticales témoignant d'une progression hiérarchique, et ce sont les entreprises qui gèrent les carrières de leurs employés. Ce modèle de carrière s'inscrit dans un contexte où la stabilité de l'environnement accorde la possibilité aux organisations de garantir des emplois à vie et des objectifs variés tels que les grades, les filières types, ou encore les salaires (Cadin et al, 2003). Les modèles de carrières traditionnelles présentent des trajectoires professionnelles linéaires, unidirectionnelles, avec des parcours hiérarchisés et un engagement mutuel sur le long terme entre l'individu et son organisation. Les salariés sont davantage fidèles à leur organisation, à la fois au sens attitudinale et comportemental. Nous pouvons citer Wilensky pour définir cette forme de carrière, qui d'après lui se caractérise par une « *succession de fonctions parentes selon*

une hiérarchie de prestige à travers laquelle les salariés évoluent de manière plus ou moins ordonnée et prédictible » (1961, cité par Giraud et al, 2011).

Cette vision est restée dominante jusqu'aux années 1980-1990, période à partir de laquelle se sont progressivement développés de nouveaux modèles. Ces derniers proposent un regard novateur sur les carrières, dans un contexte où le marché du travail devient de plus en plus instable et demande aux individus une plus grande employabilité (Cadin et al, 2003). Hall propose le concept de « carrière protéenne », en référence au dieu grec Protée, maître de la métamorphose, pour intégrer les différentes expériences de formation et de travail de l'individu (1976, cité par Giraud et al, 2011). Arthur et Rousseau développent quant à eux le concept de « Boundaryless Career », traduit littéralement sous l'appellation « carrière sans frontière » (Cadin et Saint-Ginie, 2000). C'est à Loïc Cadin et ses collaborateurs que nous devons l'introduction de ce concept en France, traduit sous l'appellation « carrière nomade » (Cadin et al, 2003). Selon cette approche très différente de celle de la carrière organisationnelle, ce serait les individus eux-mêmes qui gèreraient leurs carrières, dépassant les frontières de leur entreprise pour travailler dans plusieurs entreprises différentes voire plusieurs pays. Ils s'orienteraient davantage selon leurs envies et leurs besoins, et seraient indépendants dans leurs choix (Cadin et al, 2003). De Fillipi et Arthur (1996, cités par Equeter et col, 2014) proposent de définir ce type de carrière comme étant « *une série d'opportunités d'emploi qui dépasse les frontières d'un seul lieu de travail* ». D'après eux, les individus prennent en charge leur vie professionnelle et développent des nouvelles compétences par le biais de trois types d'habiletés : le « know-why » (savoir pourquoi), qui renvoie aux motivations poussant les individus et leur permettant de donner du sens à leur travail, le « know-how » (savoir faire), qui renvoie aux habiletés techniques et aux savoirs, et le « know whom », qui fait référence au réseau relationnel que l'individu développe pour faire évoluer sa carrière (Cadin et Saint-Ginie, 2000).

Les travaux de Sullivan (1999, cité par Cerdin, 2004) mettent en évidence les différences entre la carrière traditionnelle et la carrière nomade sur la base de sept critères : la relation d'emploi, les frontières organisationnelles, les compétences, la responsabilité de la carrière, le succès de carrière, la formation et l'apprentissage. En effet, en ce qui concerne la relation d'emploi, l'accord qu'il y a entre l'employeur et son salarié repose sur une sécurité de l'emploi contre de la loyauté dans le cadre d'une carrière traditionnelle, tandis qu'il s'agit davantage de développer de l'employabilité dans les carrières nomades, l'employeur recherchant les employés les plus performants. Cette idée rejoint la notion de contrat psychologique, définie

par Roger (1992, p165) comme étant « *un processus continu de négociation et d'acceptation mutuelle entre le salarié et son entreprise* », et qui d'après Guererro (2004, p.137) serait passé « *d'un contrat stable, structuré et sécurisé, vers un contrat plus flexible, plus ouvert sur la négociation des engagements de chaque partie, mais aussi plus centré sur l'échange et l'employabilité* ». Ainsi, les carrières nomades sont marquées par un déplacement des frontières organisationnelles, puisque dans la carrière nomade, l'individu rencontre une multitude d'emplois dans différentes entreprises au cours de sa vie, alors que dans la carrière traditionnelle il exerce dans une voire deux entreprises. En ce qui concerne les compétences, elles sont transférables dans la carrière nomade, et spécifiques à une entreprise dans les carrières traditionnelles. Ce sont les entreprises qui portent la responsabilité de la carrière traditionnelle, alors que dans la carrière nomade, l'individu porte lui-même sa propre carrière, est maître de ses choix, et donc assume un rôle d'acteur dans sa carrière. La mesure de la réussite est différente, puisque le succès d'une carrière traditionnelle est mesuré par des éléments objectifs tels que la promotion ou le salaire, alors qu'il est subjectif dans la carrière nomade, mesuré par l'intérêt et le sens donné au travail. Les programmes de formations sont formels dans la carrière traditionnelle, avec une évolution et un apprentissage lié à l'âge, tandis que dans la carrière nomade, la formation est permanente, et l'évolution est liée à l'apprentissage, facteur déterminant de cette forme de carrière.

Nous voyons que le contexte sociétal et économique modifie les rapports entre les individus et leurs employeurs. Les salariés se centrent davantage sur leur carrière au sens individuel, amenant à porter un regard différent sur le concept de fidélité. C'est notamment le cas de notre population étudiée, qui en raison de son contexte d'exercice, mais aussi de sa profession, semble davantage actrice de sa carrière et donc moins fidèle aux organisations dans lesquelles elle exerce.

2.2.3. Les PADHUE : des praticiens aux carrières itinérantes

Des études descriptives réalisées sur le thème des trajectoires professionnelles des PADHUE en France ont mis en évidence des profils de « carrières itinérantes », sous catégorie des carrières nomades. Cette notion renvoie à la typologie de Cadin et ses collaborateurs (2003), qui présentent cinq modèles de carrières à caractéristiques distinctes. *Les sédentaires*, dont les carrières sont similaires aux carrières traditionnelles, rencontrent un ou deux employeurs durant leur vie. Ils ont une carrière construite par une alternance de mobilités verticales et horizontales au sein de leur organisation. *Les migrants*, dont la carrière est également appelée « carrière

organisationnelle étendue », naviguent dans un périmètre organisationnel. Ils ont un parcours marqué par des mobilités fonctionnelles, verticales et horizontales, dans une même entreprise. En recherche de changements, ils exercent plusieurs métiers au sein de cette entreprise, dont le marché interne est diversifié. *Les itinérants* sont des individus experts dans leurs métiers, et s'inscrivent dans une logique de métier, une logique identitaire. Ils rencontrent plusieurs employeurs au cours de leur vie tout en restant dans le même secteur d'activité, dans le but de renforcer ou élargir leur expérience, gagner en responsabilité, ou gagner en salaire. *Les frontaliers* sont des individus passant d'un emploi salarié à l'auto-emploi, rejoignant le champ de l'entrepreneuriat, que ce soit de manière concomitante ou successive. Ainsi, ils exercent sous un statut de salarié et d'indépendant, en s'appuyant sur leurs relations pour passer d'un statut à l'autre. Ils restent guidés par une logique métier, mais étendent davantage leur champ d'action que les itinérants. *Les sans frontières* ont des trajectoires marquées par des transitions importantes, des ruptures radicales, des reconversions. Ils exercent dans des secteurs d'activités différents, passant par l'auto-emploi ou le salariat.

À travers son étude, Victoire Cottureau démontre que « *contrairement aux médecins diplômés en France qui ont une faible mobilité durant leur parcours professionnel, les PADHUE changent souvent de villes et d'établissements hospitaliers en raison de la législation particulière à laquelle ils sont soumis* » (2015). Cette itinérance se présenterait à la fois au « sens spatial », pour suivre l'offre et la demande et contourner les législations, et au « sens hiérarchique-disciplinaire-sectoriel », avec parfois une relégation à un statut inférieur, l'abandon ou l'acquisition d'une spécialité, ou encore l'acceptation d'un travail illégal. Leur carrière est alors à la fois contrainte et choisie. Une fois le statut de médecin reconnu et l'inscription au CNOM effectuée, la carrière itinérante s'arrêterait pour se transformer en carrière plus classique. Cette étude nous amène à nous questionner sur l'engagement que peuvent avoir ces praticiens vis-à-vis des établissements au sein desquels ils exercent en attendant d'accéder à ce statut.

Nous venons de définir le concept de fidélité, qui selon l'angle d'approche renvoie à une attitude ou à un comportement (I-2.2.1). Dans notre étude, cette notion est utilisée dans sa dimension comportementale, renvoyant au comportement ou à l'intention comportementale de rester exercer au sein de l'établissement de manière délimitée dans le temps. Nous avons également vu que l'évolution du contexte sociétal et économique amène à un nouveau type de carrières, les carrières dites « nomades », où l'individu est moins attaché à son organisation et d'avantage livré à lui même dans son parcours

professionnel. Cette évolution des carrières amène à constater que les individus sont moins fidèles à leurs organisations que par le passé (I-2.2.2). Ce type de carrière se repère particulièrement chez les PADHUE, dont le parcours peut être qualifié d'« itinérant » (I-2.2.3). Toutefois, le constat que nous faisons au sein de l'EPSMDA est que les PADHUE y exercent généralement de nombreuses années jusqu'à leur inscription au CNOM, pour ensuite quitter la structure. Ceci nous amène à nous interroger sur le type d'engagement qui les lie à cet hôpital.

2.3. L'engagement calculé, une forme d'engagement organisationnel

2.3.1. Evolution du concept

Le concept d'engagement a été l'objet de nombreux travaux depuis plusieurs décennies, et « *il importe de souligner la grande diversité des construits d'engagement présents dans la littérature* » (Doucet, 2004). Une étude réalisée en 2004 a d'ailleurs montré qu'il existe minimum vingt construits d'engagement, chaque construit présentant plusieurs définitions (2004). Selon Allen et Meyer, il s'agirait d'une « *force qui lie une personne à une cible* » (1991, cité par Paille, 2005), l'engagement organisationnel étant alors l'application du concept d'engagement à la cible organisationnelle. Des recherches ont également montré que cet engagement « *peut porter sur diverses cibles à l'intérieur de l'organisation, telles le supérieur ou le groupe de travail* » (Vandenberghe, 2015). L'organisation est alors perçue comme « *une source d'engagement au même titre que le métier exercé, le supérieur hiérarchique, ou le groupe professionnel* (Meyer et Herscovitch, 2001, cité dans question de management, 2012).

Différentes théories se sont penchées sur le concept d'engagement organisationnel, définit par Becker comme « *un comportement humain cohérent qui se caractérise par un rejet des alternatives envisageables sur une période relativement longue et quantifiable* » (1960, cité par Baret et Renaud, 2014). Cet auteur défend notamment l'idée selon laquelle cet engagement est un calcul rationnel reposant sur une accumulation de « *sidebets* » (Powell et Meyer, 2004). Traduit en français sous la dénomination « *mises en annexes* », il s'agit de « *anything of value the individual has invested that would be lost or deemed worthless at some perceived cost to the individual if he or she were to leave the organization* » (2004). Becker définit notamment trois grands type de mises en annexes que sont la logique familiale et sociale, la logique économique, et la logique de carrière. Sur la base d'un calcul de coûts perçus à sacrifier ces mises en annexes, qu'ils soient internes ou externes à l'organisation, l'individu ferait le choix ou non de rester : à travers une évaluation cognitive de ses actions, il ferait « *des liens entre des*

intérêts extérieurs et la constance d'une activité » (Baret et Renaud, 2014). Des auteurs critiquant cette vision utilitaire de l'engagement ont quant à eux attribué à ce concept une dimension plus affective. Ils l'ont alors associé à des notions telles que l'attachement, la loyauté, l'identification aux valeurs de l'organisation. Dans cette lignée de pensée, Mowday définit l'engagement organisationnel en faisant appel à trois facteurs : « *une forte croyance et une acceptation des buts et valeurs de l'organisation* », « *une volonté d'exercer des efforts dans le sens de l'organisation* », « *un fort désir de rester membre de l'organisation* » (1979, cité par Baret et Renaud, 2014). Une méta-analyse réalisée par Mathieu et Zajac a conduit à la création d'un modèle bi-dimensionnel de l'engagement, permettant d'intégrer ces deux conceptions, étudiées jusqu'alors de manière différenciée, au sein d'un d'un même modèle. En parallèle, une vision normative de l'engagement se développe sous la plume de Wiener (1982, cité par Vigan, 2017) : il s'agit dans ce cadre d'une « *obligation morale des salariés à demeurer membre de leur organisation* », où des pressions sociales amèneraient l'individu à internaliser les valeurs du groupe. L'ensemble de ces éléments va amener à l'émergence du modèle tridimensionnel de Allen et Meyer que nous proposons de présenter dans la partie suivante (I-2.3.3).

2.3.2. Le modèle tridimensionnel

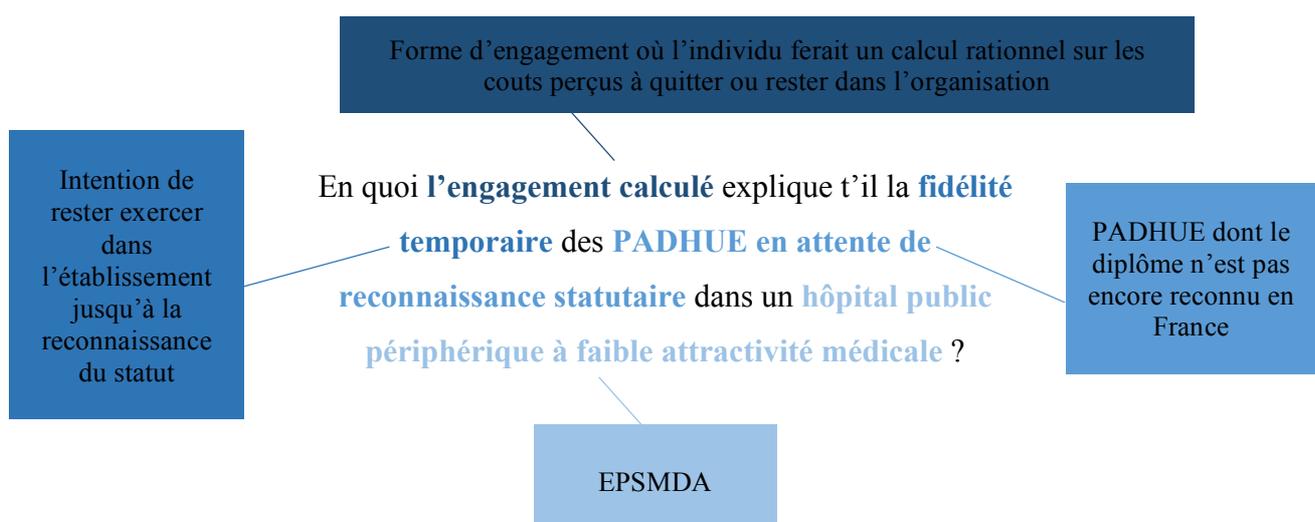
Le modèle de l'engagement organisationnel développé par Allen et Meyer défend l'idée que l'engagement d'un individu vis-à-vis de son organisation peut prendre différentes formes. Les auteurs catégorisent ainsi trois mentalités individuelles sous trois thèmes que sont l'engagement continu (ou calculé), affectif, et normatif, à travers une vision dimensionnelle.

La dimension d'engagement continu rejoint les travaux de Becker, les coûts perçus de quitter une organisation amenant les employés à garder leur emploi. Selon Powell et Meyer (2004), cet engagement serait lié soit à un manque d'alternatives, soit à la nécessité de consentir à un sacrifice des mises en annexes en cas de départ. La dimension d'engagement affectif rejoint les travaux de Mowday, où un attachement affectif à l'organisation amène les employés à rester au sein de l'organisation. Sommer (1993, cité par Baret et al, 2014) pense d'ailleurs que l'engagement affectif vient après l'engagement calculé. La dimension normative concerne quant à elle le cas où l'employé reste car il a le sentiment d'être obligé de le faire, par loyauté vis-à-vis de l'organisation. Baret et Renaud (2014) ont d'ailleurs montré qu'il peut coexister simultanément ces trois dimensions chez un individu, avec une intensité variable.

C'est en particulier à la notion d'engagement calculé/continu que nous faisons référence dans notre problématique, avec en arrière fond les travaux de Becker sur les mises annexes. C'est une forme d'engagement qualifiée d'«utilitariste » selon Baret et Renaud (2014), qualificatif qui nous semble sémantiquement adapté à notre conception mais pour lequel nous n'associons pas une connotation péjorative. Cette idée d'utilitarisme rejoint notre positionnement en ce qui concerne l'être humain, à savoir que c'est un être rationnel qui, compte tenu des informations qu'il possède et du contexte contraignant dans lequel il évolue, se comporte de manière à pouvoir satisfaire ses besoins, et donc que ses actions peuvent être des moyens pour atteindre ses buts. Cet engagement consiste selon Becker à « *faire des liens entre des intérêts extérieurs et la constance d'une activité* » (1960, cité par Baret et Renaud, 2014), ce qui rejoint l'idée de dire que l'individu reste sur son poste car il est engagé dans d'autres processus extérieurs à son emploi lui-même, et que son départ serait couteux.

Nous avons vu que le concept d'engagement peut renvoyer à différents construits, qui ont été combinés au sein d'un même modèle par Allen et Meyer (I-2.3.1). Ce modèle, inscrit dans une approche attitudinale, est ainsi composé de trois dimensions (I-2.3.2) que sont l'engagement affectif, l'engagement normatif, et enfin l'engagement calculé qui fera particulièrement l'objet de notre étude. Dans le cadre de notre recherche, il est alors question de montrer en quoi cette dimension particulière de l'engagement peut expliquer le fait que les PADHUE s'inscrivent dans une fidélité temporaire au sein de l'EPSMDA.

La problématique qui fait l'objet de notre recherche est donc la suivante :



PARTIE II : Cadre exploratoire

La première partie consistait à présenter le cadre contextuel et conceptuel de notre étude. L'objectif de cette seconde partie est de présenter notre étude exploratoire, dont l'objectif est de répondre à la question suivante :

En quoi l'engagement calculé explique t-il la fidélité temporaire des PADHUE en attente de reconnaissance statutaire dans un hôpital public périphérique à faible attractivité médicale ?

Il s'agit donc d'établir un lien entre une attitude et une intention d'action.

Le premier chapitre est consacré à la méthodologie suivie dans ce travail. Après avoir justifié notre démarche, nous détaillerons les méthodes de collectes de données utilisées, pour enfin dérouler le cheminement qui nous a permis de passer de nos observations de terrain à la problématique, pour aboutir à notre conclusion.

Le deuxième chapitre présente quant à lui les différents résultats émanés de notre travail, pour formuler des propositions autour desquels nous apporterons une discussion.

1. Méthodologie de recherche

1.1. Justification de la méthodologie

Avant de décrire notre méthodologie (II-1.2), nous proposons une partie consacrée à la justification de nos choix (II-1.1), en explicitant les fondements épistémologiques de notre étude (II-1.1.1) mais aussi en apportant des précisions sur notre démarche d'analyse (II-1.1.2) réalisée par études de cas (II-1.1.2). Il ne s'agit pas de démontrer l'infaillibilité de nos choix méthodologiques, mais d'exposer les raisons qui les sous-tendent et les rendent pertinents.

1.1.1. Fondements épistémologiques

Selon Allard-Poesi et Perret, « *tout travail de recherche repose sur une certaine vision du monde, une méthodologie, et propose des résultats visant à comprendre, expliquer, prédire ou transformer. Une explicitation de ses présupposés épistémologiques permet de contrôler la démarche de recherche, d'accroître la valeur de la connaissance qui en est issue, mais également de mieux saisir nombre de débats entre courants théoriques* » (2014). En accord avec cette citation, nous intégrons à notre travail une partie épistémologique, car « *bien que l'épistémologie soit distincte de la méthodologie, force est de constater qu'elle précède et fonde cette dernière* » (Ruef, 2012).

Qu'il s'agisse du domaine des sciences naturelles, des sciences formelles ou des sciences humaines et sociales, faire de la recherche vise à produire des connaissances scientifiques. Il apparaît donc utile de s'interroger sur les données et sur la valeur scientifique des résultats, raison pour laquelle nous faisons le choix d'explicitement brièvement notre positionnement épistémologique.

Parmi les trois grands paradigmes de base qui constituent la pensée épistémologique dans les sciences sociales, à savoir le positivisme, l'interprétativisme, et le constructivisme, notre vision s'inscrit principalement dans une vision interprétative : « *afin de comprendre le comportement social, il faut interpréter la réalité d'une personne par une contextualisation de la connaissance* » (Kohn et Christiaens, 2014). Ainsi, nous rejoignons le grand paradigme de l'individualisme méthodologique selon lequel « *on ne peut considérer comme adéquates les explications des phénomènes sociaux, politiques et économiques, que si elles sont formulées en termes de croyances, d'attitudes et de décisions individuelles* » (Blaug, 1982, cité par Billaudot, 2004). Ce positionnement justifie les méthodes de collectes que nous utilisons (II-1.2.2) ainsi

que les méthodes d'analyse (II-3), puisque c'est à partir de notre interprétation des données brutes que nous construisons une représentation de la façon dont nos participants perçoivent et donnent du sens à leur réalité. Notre positionnement est à la croisée du déterminisme, qui considère la réalité comme étant déterminée par des lois naturelles, et du volontarisme, pour qui la réalité n'existe qu'à travers l'expérience. En effet, les individus sont à notre sens des « *acteurs à part entière qui, à l'intérieur des contraintes souvent très lourdes que leur impose le système* », *disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leurs interactions avec les autres* » (Crozier et Friedberg, 1977, 29-30). Cette citation justifie notre choix de présenter le cadre contextuel et réglementaire (I-1) qui constituent une partie des contraintes non négligeables à l'intérieur desquelles les PADHUE évoluent professionnellement.

1.1.2. Recherche exploratoire à méthode inductive

Selon Trudel, Simard et Vonarx, la recherche exploratoire vise à « *clarifier un problème plus ou moins défini (...) avant de mener une étude de plus grande envergure* ». Elle servirait à « *baliser une réalité à étudier* » en produisant « *des connaissances sur des phénomènes inconnus* ». Notre étude semble s'inscrire dans ce type de recherche, qui ne vise pas à prévoir ou décrire, mais à « *circonscrire un objet de recherche et définir de nouvelles pistes* » (2007).

Les PADHUE en tant qu'objet d'étude ont été peu étudiés dans la littérature, et aucun des travaux effectués n'a abordé la question de leur fidélité et de leur engagement au sein des hôpitaux dans lesquels ils exercent en attendant d'être inscrits au CNOM. Notre recherche vise alors à apporter un nouvel angle d'approche à travers la mise en œuvre d'une analyse inductive, démarche qui semble la plus adaptée à notre recherche. Comme le précisent Blais et Martinaux, « *l'analyse inductive se prête particulièrement bien à l'analyse de données portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire, pour lesquels le chercheur n'a pas accès à des catégories déjà existantes dans la littérature* » (2006).

Contrairement à l'analyse déductive qui consiste à tester des données à partir d'un cadre théorique et d'hypothèses préétablis, l'analyse inductive permet de passer du spécifique au général, en partant de données brutes pour développer des catégories et les intégrer dans un cadre de référence ou un modèle.

Le schéma ci-dessous permet de saisir le sens de notre démarche :



Dans le développement de notre méthodologie, nous avons respecté les principes mentionnés par Thomas (2006, cité par Blais et Martineau, 2006), pour analyser efficacement nos données dans un mode inductif :

- analyse des données guidée par les objectifs et questions de recherche
- analyse faite en lisant à plusieurs reprises les données brutes
- résultats en provenance directe de l'analyse des données brutes
- objectif de développer des catégories pour les intégrer dans un cadre de référence
- résultats en provenance des interprétations du chercheur, responsable du codage

1.1.3. L'étude de cas pour une analyse en profondeur

L'objectif de notre étude est d'accéder à « *une compréhension profonde des phénomènes, des processus qui les composent, et des acteurs qui en sont les parties prenantes* » (Gagnon, 2011). Ainsi, l'étude de cas apparaît adaptée à notre travail de recherche, celle-ci visant à décrire et comprendre les phénomènes en profondeur dans leur contexte réel.

En particulier, notre recherche exploratoire a pour objectif de mieux comprendre les comportements de fidélité des PADHUE à travers le prisme de leur engagement vis-à-vis de leur établissement. Nous souhaitons mieux comprendre pourquoi certains, une fois inscrits au CNOM, quittent leur établissement tandis que d'autres décident de s'y inscrire durablement, après avoir été fidèles durant une longue période. C'est une méthode qui permet de « *relever des représentations authentiques de la réalité étudiée* » (Gagnon, 2011), en restant adapté au contexte.

1.2. Présentation de la méthodologie

Comme nous l'avons cité préalablement, notre recherche vise à étudier **en quoi l'engagement calculé peut-il expliquer la fidélité temporaire des PADHUE en attente de reconnaissance statutaire dans un établissement public périphérique à faible attractivité médicale**. Sur la base de cette problématique, nous avons réfléchi à une méthode de collecte

des données permettant au mieux de répondre à ce questionnement. Selon Aktouf, la méthode est la « *procédure logique d'une science, c'est à dire l'ensemble des pratiques particulières qu'elle met en œuvre pour que le cheminement de ses démonstrations et de ses théorisations soit clair, évident, et irréfutable* » (1987, cité par Gagnon, 2011). Après avoir justifié les fondements de notre méthode (II-1.1), nous proposons de présenter notre terrain d'étude (II-1.2.1), de définir les différentes méthodes de collecte de données que nous avons utilisé (II-1.2.2), et d'exposer notre cheminement à travers une représentation schématique (II-1.2.3).

1.2.1. Terrain de recherche

Comme le précise Pian (2012), l'unité de base d'un objet de recherche peut être sélectionné sur la base de différents critères. Les sociologues auraient tendance à privilégier le groupe social, alors que les géographes s'axeraient davantage sur le lieu. En combinant ces deux options, nous faisons le choix d'étudier les PADHUE exerçant à l'EPSMDA au moment de l'étude. Il s'agit d'une analyse qui a pour objectif non pas d'amener à des conclusions, mais d'apporter des pistes de réflexion sur un phénomène inscrit dans un contexte spécifique. Ce phénomène est étudié à travers l'étude de différents cas, qui sont des PADHUE exerçant dans l'établissement.

La catégorie des PADHUE étant marquée par une grande diversité de profils, nous apportons quelques précisions au sujet des individus étudiés. En effet, en raison d'une réglementation très mouvante et de profils sociodémographiques variés, les configurations situationnelles rencontrées au sein de l'établissement sont très diversifiées. Le temps imparti pour construire notre étude et le contexte sanitaire limitant le nombre d'entretiens réalisables et la disponibilité des participants, nous avons choisi d'homogénéiser notre groupe d'étude et définissant quelques critères. Parmi les 29 psychiatres à diplôme non européen exerçant au sein de l'établissement, nous avons sélectionné les 11 PADHUE qui n'ont pas encore reçu une reconnaissance de leur statut de médecin en France.

Concernant le lieu, nous nous sommes focalisés sur l'EPSMDA, qui représente notre lieu d'exercice. Notre sujet d'étude trouve tout son sens au sein de cet établissement, qui en raison de sa localisation géographique enclavée et de son faible niveau d'attractivité, souffre d'une insuffisance en ressources médicales. C'est dans ce contexte particulier qu'il nous semble intéressant d'étudier l'engagement organisationnel de notre groupe étudié.

D'une part, cette recherche permet d'exposer ce problème qui se présente dans de nombreuses structures dites « périphériques », de révéler l'indispensable présence des PADHUE sur notre territoire, mais aussi de mettre en lumière la complexité de leurs situations. D'autre part, et là se trouve le cœur analytique de notre recherche, nous cherchons à mieux comprendre le lien entre la forme d'engagement organisationnel et la fidélité de ces praticiens au sein de ces établissements. Afin de pouvoir approfondir autour de notre problématique dans un temps limité, il nous a semblé opportun de nous focaliser sur un seul établissement, ce qui est suffisant pour une recherche exploratoire.

1.2.2. Méthode de collecte de données

Dans cette étude, différentes méthodes de collecte de données ont été utilisées.

La première, l'observation, est un outil de collecte de données où « *le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux mêmes où ils se déroulent* » (Martineau, 2005). Cette méthode a été utilisée durant l'ensemble de la recherche, en particulier la phase exploratoire. Elle nous a permis faire émerger nos premiers questionnements relatifs à des situations de terrain. Il s'agit d'une observation directe libre. Également, l'observation dite « indirecte », notamment l'étude de données chiffrées fournies par la direction, nous a permis de circonscrire davantage notre réflexion. En accord avec une position épistémologique interprétative, l'objectif de notre étude est avant tout de comprendre la signification que les acteurs attribuent à leurs comportements. Ainsi, après avoir problématisé notre recherche, nous avons utilisé une seconde méthode de collecte de donnée qu'est l'entretien.

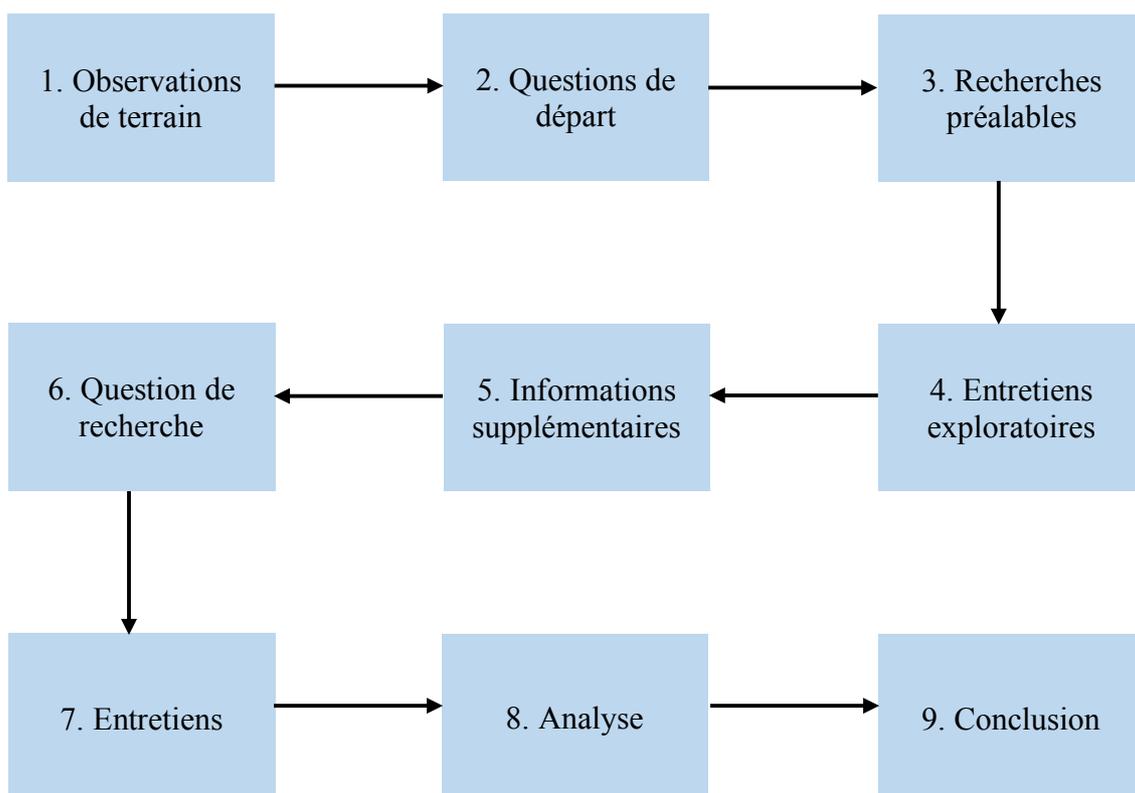
Blanchet définit l'entretien comme « *une méthode permettant d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal* » (Mialaret, 2004), le choix de la technique d'entretien étant déterminé selon les objectifs poursuivis. Pour notre étude, nous avons utilisé l'approche de l'entretien semi-directif, qui « *appréhende l'objet d'étude de manière directe et interprétative (...) et vise à explorer la connaissance du phénomène à l'étude* » (Imbert, 2010). Cette approche de la recherche qualitative s'inscrit dans une logique compréhensive, inductive, et récursive. En particulier, nous nous sommes inscrit dans la méthode des entretiens biographiques, que Demazière (2011) définit comme « *un instrument analytique permettant d'accorder une grande importance aux interprétations que les acteurs donnent à leur action des situations vécues, des évènements de leur vie* ». Il ajoute qu'elle permet « *de comprendre l'expérience de ceux qui partagent une condition donnée et de débusquer les significations*

qu'ils y investissent », même si l'occupation d'une même condition sociale « *n'exclue nullement l'hétérogénéité des interprétations et significations qui y sont associées* ». Des questionnaires permettant d'appréhender les différentes formes d'engagement présentes chez un individu et avec une bonne validité interne et externe existent dans la littérature scientifique. Toutefois, nous avons fait le choix de nous appuyer sur le discours spontané des sujets pour être au plus proche de leur attitude et pour limiter les réponses co-construites.

En amont de la réalisation de nos entretiens, nous avons réalisé un guide, qui sert à recueillir le discours des participants en abordant les thématiques permettant de répondre à notre problématique. Le choix de ces thématiques a été orienté par nos entretiens exploratoires et lectures, et enrichi à mesure des entretiens selon un principe de récursivité. Les thèmes évoqués sont suffisamment larges pour permettre aux praticiens de partager librement leur expérience et faire émerger leurs attitudes, sans que leur discours ne soit trop orienté par nos questions. Afin de limiter les biais de désirabilité sociale et de recueillir des données spontanées, nous avons tenté d'intervenir le moins possible durant l'entretien.

1.2.3. Déroulé de la recherche

En accord avec les principes de Thomas (2006), nous proposons ci-dessous un schéma synthétisant les neuf grandes étapes qui nous ont permis de passer de nos premières observations à des propositions de réponses sous forme de catégories. Le concept de catégorie est à définir, selon Paillé et Mucchielli, comme une « *une production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche* » (2003, cité par Blais et Martineau, 2006).



Nous proposons un développement autour de chacune de ces étapes de manière à faire apparaître notre cheminement général :

1- Durant cette première étape, et à l'aide des méthodes d'observation directe et indirecte, nous avons réalisé plusieurs constats. En particulier, nous avons observé au sein de notre terrain de recherche une insuffisance en termes d'effectifs médicaux, ayant des répercussions au niveau des patients et des différentes professions de santé. En effet, combiné à d'autres facteurs qui ne seront pas abordés dans le cadre de notre étude, nous avons pu remarquer que cette faiblesse a pour effet une organisation difficile au sein des services, contribuant à une dégradation de la qualité des soins, de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du climat social. Notre intérêt pour les ressources médicales s'est alors développé, ce qui nous a conduit à cibler notre observation et notre réflexion autour cette thématique. Nous avons alors remarqué que parmi les médecins présents au sein de l'établissement, nombreux sont ceux ayant obtenu leur diplôme en dehors de l'Union Européenne, certains ne disposant pas d'un statut de médecin reconnu par le CNOM. Cette situation génère bien souvent des situations complexes chez ces praticiens, en témoigne les différentes discussions auxquelles nous avons pu assister ou participer.

2- Nos premiers questionnements sont alors : pourquoi ces praticiens sont-ils venus exercer dans cet hôpital ?

3- De manière à mieux comprendre ces situations particulières, nous nous sommes plongés dans les textes réglementaires qui encadrent leur exercice en France. Les lectures réalisées nous ont permis de saisir toute la complexité des situations que peuvent rencontrer ces médecins sur notre territoire. Également, nous nous sommes aperçu que chaque situation est singulière, dépendante d'une large diversité de paramètres tels que le pays d'obtention du diplôme, l'année d'arrivée en France, le nombre d'années d'exercice en France, la nationalité...

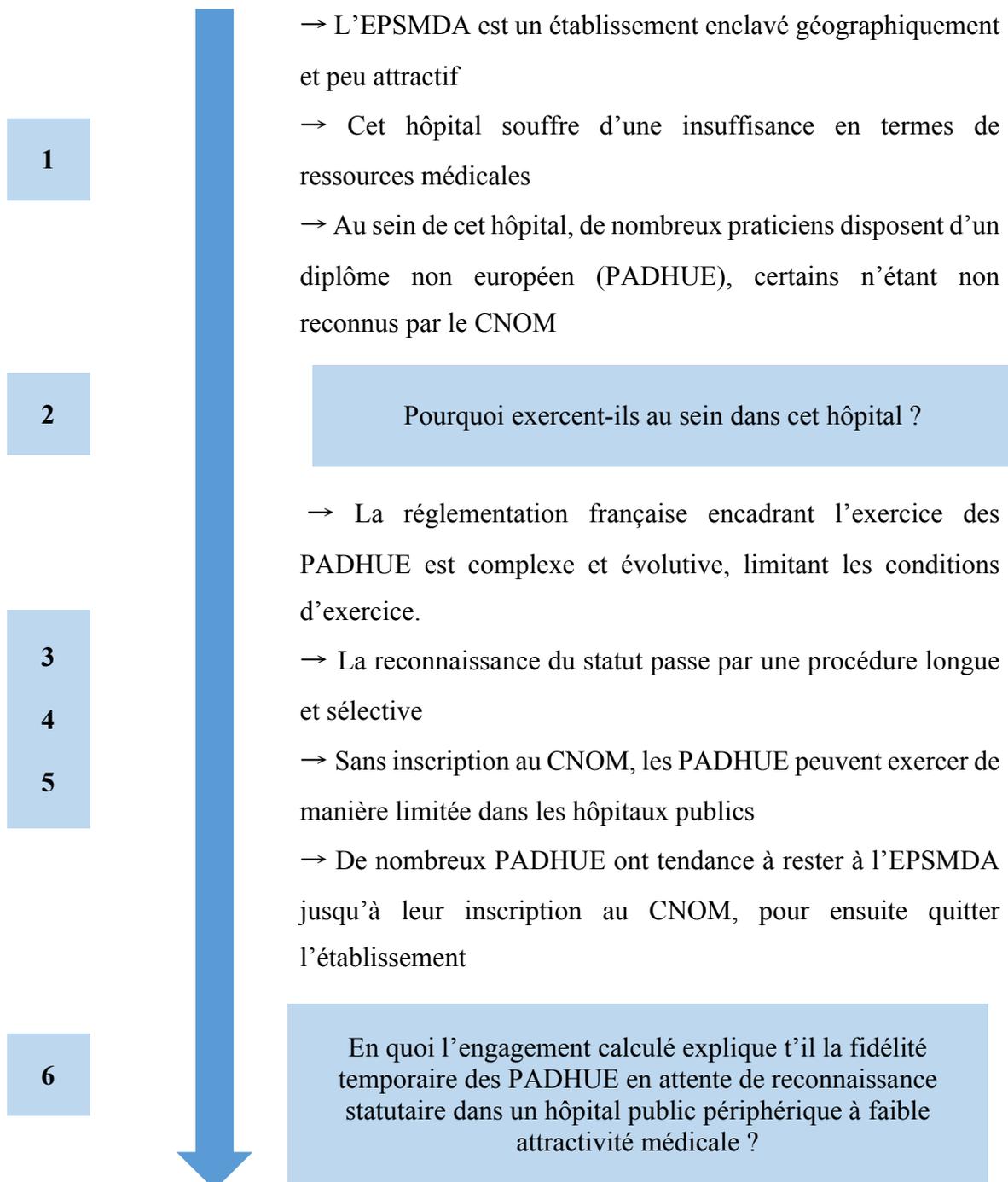
4- Afin d'approfondir notre réflexion suite à l'appropriation de certaines données réglementaires, nous avons réalisés différents entretiens exploratoires.

- Trois entretiens avec des membres de la direction de l'EPSMDA, en particulier le Directeur Général (DG), la Directrice des Ressources Humaines et des Affaires Médicales (DRH-DAM), et l'Administratrice adjointe de la DAM : ces échanges nous ont permis de mieux comprendre la situation de l'établissement, les difficultés rencontrées face à cette insuffisance en termes de ressources médicales, et les stratégies mises en place pour y faire face. Le constat qui ressort de ces entretiens est que malgré le recrutement de PADHUE, le nombre de psychiatres sur l'hôpital est insuffisant, tendance qui tend à s'accroître en raison d'une pyramide des âges vieillissante. Le renouvellement des départs est d'autant plus compliqué qu'une grande partie des PADHUE auraient tendance à quitter l'établissement une fois l'inscription au CNOM.
- Trois entretiens avec des PADHUE désormais inscrits au CNOM, exerçant au sein de l'établissement : ces échanges nous ont permis de mieux cerner la situation vécue « de l'intérieur », et de nous approprier nos premières lectures.

5- Suite à ces entretiens exploratoires, nos premières orientations de recherches se sont dégagées. Des lectures complémentaires nous ont alors guidé progressivement vers notre problématique.

6- Après avoir effectué une phase exploratoire, constituée d'observations, de lectures et d'entretiens, nous avons formulé la problématique suivante : « **en quoi l'engagement calculé explique-t'il la fidélité temporaire des PADHUE en attente de reconnaissance statutaire dans un hôpital public périphérique à faible attractivité médicale ?** ».

Le schéma ci-dessous présente notre progression de pensée, des observations de terrain jusqu'à la problématisation de notre question. Cette représentation schématique permet de faire le lien entre cette progression et les étapes précitées.



La problématisation de notre question nous a alors permis de définir notre méthodologie pour l'analyse exploratoire, passant par la conception de notre guide d'entretien présenté en **annexe 6**.

7- Nous avons contacté les différents praticiens par email ou par téléphone de manière à présenter brièvement l'étude et planifier les entretiens. Les 11 entretiens ont pu se dérouler en présentiel, sur le lieu d'exercice des sujets, en général durant les gardes. La réalisation des entretiens a été complexe, certains PADHUE ayant des plannings chargés et des imprévus ayant parfois conduit à un report de nos rencontres. De même, les entretiens durant les gardes ont parfois été interrompus par une urgence. Nos entretiens ont débuté par une explicitation de notre démarche, en veillant à ne pas donner trop de précisions sur notre problématique afin de limiter les biais de désirabilité sociale : « *Dans le cadre d'un master en management, je réalise actuellement un travail de recherche sur les PADHUE. Je souhaiterais comprendre votre parcours, les difficultés que vous avez pu rencontrer sur le territoire français, et en particulier, j'aimerais comprendre ce qui vous a conduit à vous orienter vers cet hôpital, ce qui vous plaît ici, les raisons qui vous poussent à rester, vos projets d'avenir, si vous avez l'intention de rester ici ou de partir.* » Nous avons précisé que l'échange serait enregistré de manière à pouvoir le retranscrire anonymement, en insistant sur le caractère confidentiel de notre entretien. Leur durée moyenne est de 41 minutes, le plus court ayant duré 28 minutes et le plus long 57 minutes.

8- Après chaque entretien, nous avons retranscrit l'enregistrement au maximum 48 heures après l'entretien, en suivant notre démarche d'analyse.

9- Notre analyse nous a permis de formuler des propositions pour répondre à notre problématique.

2. Résultats et discussion

2.1. Traitement des données

2.1.1. Données sociodémographiques et profils des participants

Les différents PADHUE que nous avons interrogé ont des parcours de carrières très différents. Nous vous proposons de présenter brièvement chacun des profils, en précisant l'origine du diplôme, la nationalité, l'année d'arrivée en France et à l'EPSMDA, ainsi qu'un résumé très synthétique de leur parcours sur le territoire français.

**CETTE PARTIE N'EST PAS DIFFUSÉE AFIN DE RESPECTER L'ANONYMAT
DES PARTICIPANTS**

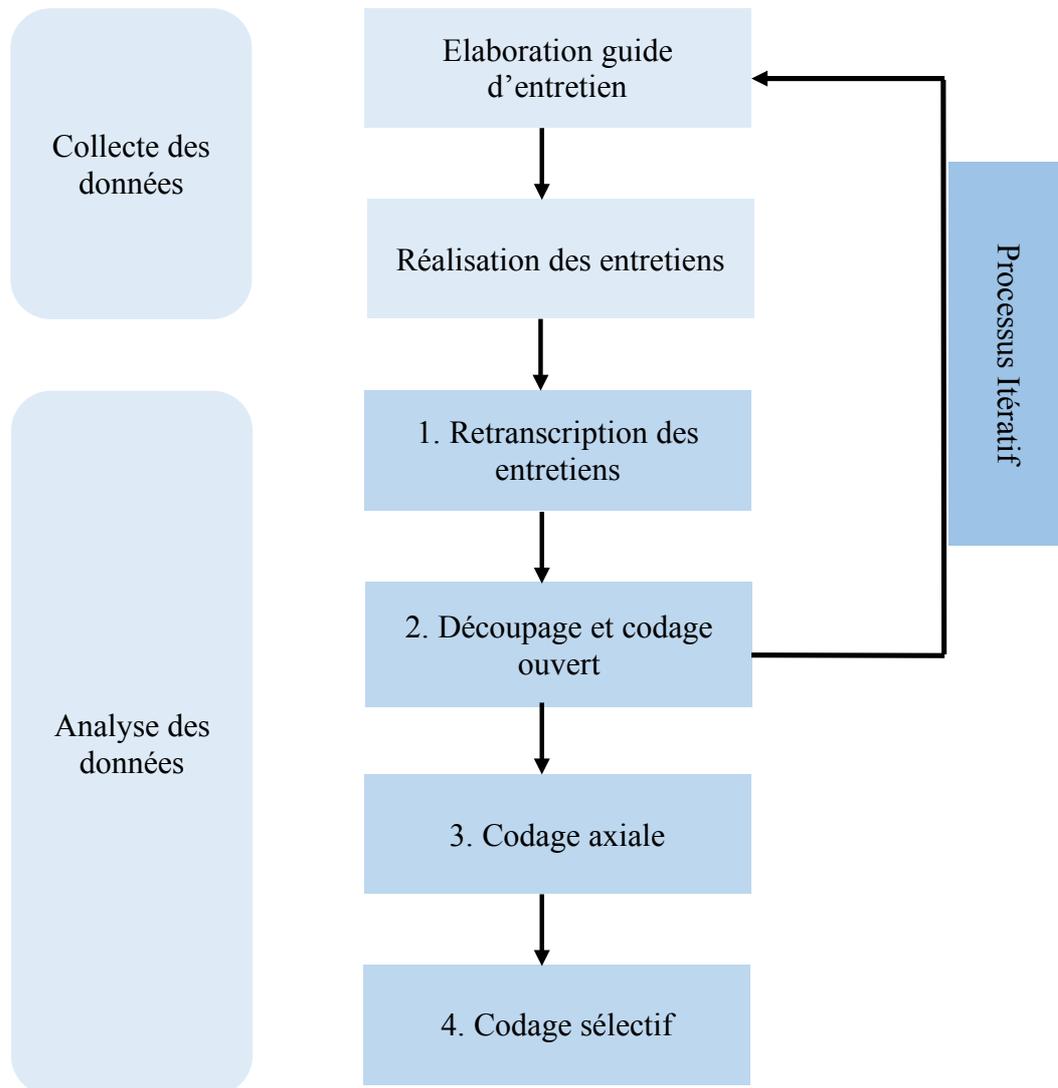
La moyenne d'âge des participants est de 51 ans, le plus jeune ayant 40 ans et le plus âgé 61 ans. Il y a 46 % d'hommes et 54 % de femmes. 63% détient la nationalité française, dont 29% de naissance, 14% par mariage, et 57 % par naturalisation. Nous pouvons également constater que 63% des diplômés non européens sont en provenance du Maghreb, et que le nombre moyen d'années d'exercice sur l'hôpital à ce jour est de 5 ans.

2.1.2. Méthode d'analyse des données : le codage théorique

Les données brutes, issues de nos entretiens, ont été traitées à l'aide de la méthode du codage. Il s'agit, selon Catherine Voynnet Fourboul et Sébastien Point, d'un « *processus qui repose sur des opérations de catégorisation et d'interprétation des données qualitatives* » (2006). C'est une « *réduction, via un processus de sélection, de simplification, d'abstraction et de transformation des données* » (Muler et Huberman, 1994, cité par Point et Fourboul, 2006), où le chercheur découpe les données en unité d'analyse, pour ensuite les réunir en catégories. À travers la mise en lien de ces catégories, une véritable construction théorique peut s'établir.

Notre méthode d'analyse est inspirée de la Grounded Theory, approche inductive développée par Glaser et Strass en 1967, dans le sens où notre étude a pour visée de dégager le sens d'un événement à travers une théorie « *construite et validée simultanément par la comparaison constante entre la réalité observée et l'analyse en émergence* » (Paillé, 1994). Notre méthode est en effet gouvernée par un principe itératif nous permettant d'effectuer des allers et retours entre nos données brutes et nos interprétations, ainsi que notre cadre théorique qui évolue, de manière à adapter l'instrument de collecte de données au terrain de recherche. Le choix de cette méthode d'analyse, qui selon Kelle « *privilégie le paradigme interprétatif qui implique une orientation plus inductive et heuristique de l'analyse* » (1995, cité par Fourboul et Point, 2006), s'inscrit dans la continuité de notre logique épistémologique. Par souci économique et de simplification technique, le codage a été réalisé manuellement.

De manière plus opérationnelle, notre démarche d'analyse est construite de la manière suivante :



1. À la suite de chaque entretien, nous avons procédé à une retranscription totale de l'enregistrement. Cette retranscription a été effectuée manuellement, l'accent de certains sujets interrogés limitant l'utilisation d'un outil informatisé. Nous avons pris le soin de réaliser chaque retranscription maximum 48 heures après l'entretien, privilégiant une retranscription mot pour mot pour avoir à disposition un contenu de pensée clair et proche du discours de l'interviewé.

2. Sur la base de nos données brutes, nous avons procédé à un découpage du corpus en affectant un code à chaque unité découpée. L'unité d'analyse découpée, appelée verbatim, dépend de l'idée dégagée, allant de la phrase au paragraphe. Ainsi, à chaque verbatim a été associé un code « in vivo ». Ce codage est effectué à la suite de chaque entretien, en veillant à

conserver les mêmes codes à mesure que les données se cumulent. Également, selon les données recueillies, nous avons procédé selon un processus itératif consistant à modifier le guide d'entretien.

3. Face à l'ensemble des catégories réalisées, des liens ont été établis. Cette étape du codage consiste alors à comparer les codes de premier degré entre eux et à combiner ceux qui correspondent à un code plus général. La définition des codes plus généraux s'est appuyée sur notre cadre théorique, qui a structuré notre regard. Nous avons ensuite réuni ces codes de deuxième degré sous des concepts, certains rejoignant notre cadre théorique et notre problématique.

4. Les catégories les plus importantes, qui rejoignent la problématique traitée dans notre étude, ont été sélectionnées. Nos entretiens visant à laisser place à un discours spontané et authentique, nous avons fait le choix de ne pas trop orienter les questions. De ce fait, certaines parties des entretiens n'apportent pas d'éléments permettant de répondre à notre question.

À partir de nos données de départ, à savoir le discours des PADHUE interrogés, nous avons fait appel à un principe de catégorisation, qui renvoie à une « *réorganisation des données au moyen de catégories créées antérieurement ou ultérieurement par le chercheur* (Point et Voyner Fourboul, 2006). Nos lectures ayant cadré notre réflexion, les verbatim ont rejoint des catégories en cohérence avec notre cadre théorique selon un principe itératif. La fréquence d'occurrence des codages de premier niveau est variable, ceux conservés étant ceux catégorisés sous les concepts pertinents pour notre étude.

2.1.3. Présentation des résultats du codage

Le travail de codage a permis de déterminer la forme d'engagement dans lequel s'inscrivent les sujets interrogés, ainsi que le type de fidélisation dans lequel ils se situent. Le schéma en **annexe 7** présente une structure des données.

- Les codes de premiers degrés regroupent différents verbatim énoncés par nos sujets sous une même idée.
- Les codes de second degré rassemblent les codes de premiers degré, en nous inspirant de notre cadre théorique.
- Les catégories dégagées sont en lien avec les concepts que nous avons développés dans le cadre de notre revue de littérature et utilisés dans notre problématique.

Nous pouvons noter que deux catégories d'engagement et deux catégories de fidélisation émergent de notre analyse, sur la base de nos données brutes :

Les deux types d'engagement dégagés rejoignent deux dimensions du modèle tridimensionnel de l'engagement organisationnel : l'engagement calculé et l'engagement affectif. Aucun verbatim n'a permis de dégager une catégorie rejoignant le concept d'engagement normatif :

- La catégorie engagement calculé rejoint l'idée que « *l'engagement résulte de la prise de conscience qu'un ensemble d'investissements personnels serait perdu en cas de départ* » (Vigan, 2017). Les codages la composant rejoignent les travaux de Becker : « logique carrière », « logique économique », « logique familiale et sociale », et « logique rythme de vie » que nous avons ajoutée.
- La catégorie engagement affectif se compose quant à elle des codages « identification valorielle », « attachement emploi », et « attachement groupe de travail », aucun élément de discours n'ayant conduit à la création d'un codage relatif à l'organisation en tant que cible. Toutefois, nous faisons le choix de regrouper ces différents codes sous une dimension de l'engagement organisationnel, ces cibles liant indirectement l'individu à son organisation.

Nous avons également formé une catégorie regroupant différents facteurs de désengagement organisationnel, que nous avons conservé suite à la phase de codage sélectif car elle apporte des éléments susceptibles de nuancer nos réponses. L'**annexes 8** apporte des précisions vis-à-vis des codes et catégories utilisés.

Les différents entretiens réalisés avec les 11 PADHUE de l'EPSMDA ont permis de mettre en évidence une grande diversité de profils d'engagement, combinant plusieurs logiques et attachements.

CETTE PARTIE N'EST PAS DIFFUSÉE AFIN DE RESPECTER L'ANONYMAT DES PARTICIPANTS

2.2. Interprétation des données

2.2.1. Analyse globale

Notre analyse repose sur l'étude de 11 cas que nous venons de détailler. Avant de formuler des propositions de réponse en lien avec notre problématique, nous souhaitons synthétiser les

données relatives aux différents parcours et à la manière dont est investie l'étape de la reconnaissance statutaire.

- Des parcours complexes

Notre étude a permis de mettre en évidence une hétérogénéité dans les parcours de nos participants depuis leur arrivée en France, avec des motifs d'arrivée et des configurations familiales singulières. La majorité s'inscrit dans une trajectoire plutôt stratégique, avec un parcours généralement en métropole avant d'intégrer l'EPSMDA. Ce sont des individus dont la trajectoire professionnelle rejoint celle décrite dans les travaux de Victoire Cottureau (2015), avec une grande mobilité au sens géographique et hiérarchique-sectoriel du terme. Cette itinérance peut être qualifiée de stratégique dans le sens où les changements de postes visent à trouver un poste plus sûr, augmenter en salaire, ou accéder à un statut plus intéressant. Les changements peuvent aussi parfois être contraints. D'autres ont un parcours de jeune arrivant, avec pour premier poste en France leur emploi au sein de l'EPSMDA. Ce sont des individus qui sont généralement arrivés sur l'hôpital par hasard, suite à une opportunité ou pour des raisons géographiques. D'autres enfin sont venus par intérêt pour le poste à pourvoir ou par affection pour le village.

Les motifs d'arrivée à l'EPSMDA cités par ces praticiens sont pour la plupart liés à l'association de plusieurs facteurs exogènes et endogènes à la structure, notamment la configuration familiale, la localisation géographique, et surtout les conditions de recrutement qui semblent concurrentielles par rapport à d'autres établissements. L'accès à un statut plus intéressant, à des contrats de travail plus stables, mais aussi à un logement financé par la structure, apparaissent être des leviers d'attractivité puissants pour cette catégorie de professionnels, compte tenu de leur contexte d'exercice et de l'instabilité de leurs situations. De même, la possibilité d'accéder facilement à des formations sur Paris apparaît attrayante, la formation étant particulièrement investie par les professionnels médicaux, d'autant plus dans ce contexte où la validation de leur statut dépend de leur parcours.

Toutefois, nous pouvons nous interroger sur l'engagement de ces praticiens une fois attirés dans la structure, et sur les leviers de fidélisation.

- La quête de la reconnaissance statutaire

L'ensemble des PADHUE a exprimé la difficulté que représente la non reconnaissance de leur statut en France, situation qui dure parfois de nombreuses années sans pouvoir se

projeter à long terme. Durant cette période, les praticiens peuvent exercer dans un établissement public, sous des conditions particulières, et sous la responsabilité d'un médecin de même spécialité. C'est une situation qui, d'après la majorité des sujets interrogés, est compliquée à gérer. En plus des conditions qui en découlent (salaires jugés trop faibles, contrats précaires, limitations dans l'exercice), cette situation génère un réel besoin de reconnaissance, fragilise l'estime de soi et bloque même parfois l'accomplissement professionnel. Les PADHUE s'inscrivent dans une quête vis-à-vis de la reconnaissance de leur diplôme sur le territoire, et ainsi vis-à-vis de leur inscription au CNOM. C'est une étape investie à la fois comme une quête identitaire, de manière à « *se récupérer soi-même* », « *retrouver ce qui manque* » mais aussi de manière à pouvoir être « *libre de ses choix* » et « *exercer dans les conditions méritées* ». En général, un sentiment d'insécurité et d'incertitude règne en attendant de cette reconnaissance, conduisant de nombreux praticiens à parcourir de grandes distances pour trouver un poste stable répondant au mieux à leurs besoins prioritaires. Ce constat peut être mis en lien avec les travaux de Maslow, qui situe le besoin de sécurité comme étant fondamental chez l'être humain, au bas de la pyramide. Dans la lignée des travaux de Weber, nous pouvons considérer que pour beaucoup, le choix de rejoindre l'EPSMDA et d'y rester jusqu'à la reconnaissance statutaire est rationnel et utilitaire.

Tous les sujets s'y projettent jusqu'à, au minimum, leur inscription au CNOM. Toutefois, en attendant, tous ne sont pas engagés de la même manière vis-à-vis de l'établissement, et tous ne projettent pas d'y rester par la suite. La fidélité apparaît liée à combinaison d'un ensemble de facteurs, dont la forme de l'engagement pourrait faire partie. Nous proposons dans la partie suivante d'étudier le lien entre ces deux notions, et donc entre l'attitude vis-à-vis de l'établissement et l'intention de rester ou partir, de manière à apporter des éléments de réponse à notre problématique.

2.2.2. Formulation de propositions

Parmi les 11 PADHUE que nous avons interrogé dans le cadre de notre étude :

- 5 s'inscrivent dans la catégorie **fidélisation pérenne** : **S2-S3-S7-S8-S9**
- 4 s'inscrivent dans une **fidélisation temporaire** : **S1-S5-S6-S11**

Ces sujets ont l'intention de quitter l'établissement une fois qu'ils seront inscrits au CNOM.

- 2 s'inscrivent dans une **fidélisation incertaine** : **S4-S10**

Ces sujets ne savent pas encore ce qu'ils feront une fois inscrits au CNOM, laissant place aux opportunités.

Également, concernant l'engagement organisationnel :

- 4 s'inscrivent uniquement dans un **engagement calculé** : **S1-S5-S6-S7**
- 7 s'inscrivent dans un **engagement mixte** : **S2-S3-S4-S8-S9-S10-S11**

Il s'agit d'un engagement à la fois calculé et affectif. En effet, comme le soulignent Baret et ses collaborateurs, il peut exister chez un même individu une coexistence simultanée des plusieurs dimensions de l'engagement organisationnel (Baret et Renaud, 2014).

Sur la base de ces données, nous formulons trois propositions en lien avec notre problématique.

1- Les PADHUE qui s'inscrivent dans un engagement affectif ont plus de chance d'avoir l'intention de rester à long terme dans l'organisation

Parmi les différents PADHUE que nous avons interrogé, ceux qui se projettent à long terme dans l'établissement s'inscrivent en majorité dans un engagement mixte.

En effet, nous avons vu que :

- 7 PADHUE sur 11 s'inscrivent dans un engagement mixte, et donc formulent des éléments manifestant un engagement à la fois calculé et affectif : des intérêts personnels les lient à l'établissement, auxquels s'ajoute un attachement.
- 5 PADHUE sur 11 se projettent à long terme dans l'établissement, après leur inscription au CNOM, avec ou non une activité en parallèle.

Parmi ces 5 personnes :

- 2 PADHUE ont notamment exprimé une identification aux valeurs du service public (« *une vocation de service* », « *au plus près du besoin* »), favorisant un attachement à l'emploi. Le discours est également centré sur l'intégration dans les équipes et la solidarité entre les médecins. L'attachement semble à la fois lié à des facteurs inhérents à la personne, notamment ses valeurs et aspirations professionnelles, et lié à des facteurs propres à l'organisation. L'analyse du discours spontané des individus met donc en évidence un engagement affectif non pas vis-à-vis de l'organisation en tant que cible, mais vis-à-vis du groupe de travail, à l'emploi, et une identification aux valeurs de la fonction publique.
- 2 PADHUE adoptent un discours majoritairement articulé autour de leur poste, des responsabilités qu'ils peuvent avoir, et de la manière dont ils voient leur carrière évoluer

au sein de l'organisation. L'attachement à l'emploi, lié aux possibilités d'exercice actuelles, et la perception d'une évolution de carrière, sont les principaux éléments qui ressortent de leur discours et qui semblent avoir favorisé leur fidélisation.

Pour ces 4 personnes, il existe une adéquation entre le poste occupé et les aspirations professionnelles.

➤ 1 PADHUE s'inscrit uniquement dans un engagement calculé vis-à-vis de l'organisation, dans une logique articulée autour du rythme de vie et de sa famille. C'est une personne qui met en avant son âge pour justifier son besoin de stabilité, montrant que l'engagement calculé peut, dans certaines configurations, conduire à une fidélisation pérenne. Les avantages apportés par la structure continuent d'être intéressants pour le praticien même inscrit au CNOM, en lien avec ses priorités de vie.

Deux PADHUE s'inscrivent également dans une fidélisation incertaine, avec en parallèle une forme mixte d'engagement :

- 1 PADHUE avait pour intention initiale de ne rester que le temps d'accéder à son statut de médecin. Toutefois, le développement d'un attachement pour son groupe de travail, notamment certains confrères, avec en parallèle une configuration de vie satisfaisante, l'amène à questionner ses projets d'avenir.
- 1 PADHUE se concentre sur le développement de son fils, et adapte sa carrière en fonction de lui. Elle est en parallèle attachée à son emploi et au groupe de travail.

2- Les PADHUE qui s'inscrivent uniquement dans un engagement calculé ont plus de chance d'avoir l'intention de rester temporairement dans l'organisation.

Parmi les sujets interrogés, ceux qui ne se projettent qu'à moyen terme dans l'organisation, et donc qui envisagent de partir une fois inscrits au CNOM, sont dans la majorité ceux qui s'inscrivent uniquement dans un engagement calculé.

En effet, nous avons vu que :

- 4 PADHUE sur 11 s'inscrivent uniquement dans un engagement calculé. Le discours spontané de ces personnes n'a en effet pas permis de coder d'éléments relatifs à un attachement à l'organisation ou à des cibles liées à l'organisation.
- 4 PADHUE sur 11 projettent de quitter la structure dès qu'ils le pourront, lorsqu'ils seront inscrits au CNOM.

Ces derniers ont notamment exprimé l'idée que les conditions d'exercice à l'EPSMDA sont meilleures qu'ailleurs, leur apporte plus de stabilité, ainsi que diverses données relatives à leur besoin de se consacrer à leur formation de spécialité ou leur dossier de candidature pour être reconnu médecin. Toutefois, les avantages apportés par la structure dans leur contexte actuel ne semblent plus aussi intéressants une fois l'inscription au CNOM réalisée. Exercer dans la structure apparaît être un choix provisoire par défaut, leur apportant la sécurité et la possibilité d'évoluer dans leur carrière dans un contexte insécurisant. La reconnaissance du statut accroissant les possibilités d'exercice, le praticien projette alors de s'orienter vers un autre établissement ou vers une activité en auto-entrepreneuriat sur un poste répondant davantage à ses besoins.

En parallèle de cet engagement calculé, 3 de ces 4 PADHUE expriment des facteurs de désengagement relatifs à leur vie professionnelle :

- 2 PADHUE décrivent leur sentiment qu'il n'existe aucune cohésion entre les médecins, ou encore des conflits entre les équipes et les médecins, témoignant plutôt d'un désengagement affectif vis-à-vis des équipes et confrères.
- 1 PADHUE est quant à lui dans une configuration familiale et sociale complexe, son entourage résidant dans le sud de la France. Il s'inscrit actuellement dans la logique carrière, économique et rythme de vie de l'engagement calculé, tandis que la conciliation vie professionnelle-vie privée est compliquée. Nous retrouvons toutefois un début d'attachement à l'emploi, qui apparaît secondaire aux intérêts personnels.

En dépit de ces facteurs de désengagement, les sujets exercent et ont l'intention de continuer d'exercer à l'EPSMDA jusqu'à ce qu'ils soient inscrits au CNOM, suggérant que les intérêts à l'origine d'un engagement calculé sont plus forts que l'impact de ces facteurs de désengagement dans leur contexte actuel d'exercice : la stabilité et les intérêts pour la carrière priment à ce jour sur les autres besoins. Une fois l'objectif de reconnaissance atteint, le sujet va alors chercher à satisfaire ses autres besoins.

3- La durée de la fidélisation d'un PADHUE dépend de la combinaison d'un ensemble de facteurs, dont la forme de l'engagement.

Nous avons vu que les PADHUE qui s'inscrivent dans un engagement affectif ont plus de chance d'avoir l'intention de rester à long terme dans l'organisation. Également, nous

avons vu que les PADHUE qui s'inscrivent uniquement dans un engagement calculé ont plus de chance d'avoir l'intention de partir une fois inscrits au CNOM.

Toutefois, nous ne pouvons montrer l'effet direct que la forme de l'engagement du sujet peut avoir sur la durée de sa fidélité. Celle-ci apparaît dépendante de la combinaison d'un ensemble de facteurs, liés à l'âge, aux aspirations professionnelles, à la configuration familiale, à la personnalité, et aux projets et priorités de vie, facteurs qui évoluent dans le temps.

Sur la base de l'étude de nos 11 cas, nous pensons que l'engagement calculé peut effectivement être un facteur explicatif de la fidélité temporaire des PADHUE. En effet, nous avons vu que tous les PADHUE interrogés présentent une forme calculée d'engagement, certains y associant une dimension plus affective. La plupart des discours montrent ainsi que dans un contexte incertain et précaire, les besoins des PADHUE en termes de sécurité (stabilité, salaire) et de carrière, semblent plus facilement satisfaits à l'EPSMDA. Les PADHUE présentant une rationalité limitée, ils resteraient fidèles à cet établissement tant que ce contexte dure. Toutefois, la reconnaissance du statut modifie ce contexte, et donc leur dépendance à l'EPSMDA pour satisfaire ces besoins : le PADHUE aura tendance à quitter la structure s'il ne s'y est pas en parallèle engagé affectivement.

Nous avons pu constater dans notre étude qu'un PADHUE projette de rester alors qu'il n'est pas engagé affectivement, et qu'un PADHUE projette de partir alors qu'il commence à s'attacher à son emploi, en lien avec une configuration familiale et sociale complexe. Ces deux cas illustrent l'idée selon laquelle la fidélisation est multifactorielle et singulière à chaque individu, mais aussi que la satisfaction des « mise en annexes » peut parfois être prioritaire par rapport au registre affectif.

2.2.3. Implications managériales

L'étude de l'engagement organisationnel des PADHUE en attente de reconnaissance statutaire au sein de l'EPSMDA a un intérêt sur le plan managérial. En effet, dans un contexte où les ressources médicales sont insuffisantes, il apparaît pertinent de s'interroger sur les représentations, attentes, et besoins, de ces professionnels, de manière à rechercher des leviers de fidélisation. Partant de l'idée qu'un engagement calculé peut expliquer la fidélité temporaire des PADHUE dans un hôpital public à faible attractivité médiatrice, notre étude a

permis de montrer que le type d'engagement fait partie des facteurs pouvant impacter la durée de la fidélité.

Notre étude montre que deux leviers sont à développer ou améliorer pour favoriser la construction d'un attachement au sein de l'établissement : le groupe de travail et l'emploi.

- Nous avons que le sentiment d'appartenir à une équipe et la solidarité entre médecins amène à la construction d'un attachement vis-à-vis de l'organisation. En parallèle, leur absence semble renforcer l'intention de partir des PADHUE une fois qu'ils seront inscrits au CNOM. Il apparaît donc pertinent de développer des actions pour rendre le groupe des professionnels médecins cohésif. En effet, en raison de l'étendue du territoire sur lequel exercent les différents psychiatres de l'EPSMDA, les contacts sont parfois limités, et les affinités se créent selon le lieu d'exercice ou d'habitation. Afin de créer davantage de cohésion, il pourrait être intéressant de créer des moments de rassemblement tels que des soirées débats, des réunions de partage d'expérience, coordonné par une personne chargée d'internat. L'idée est de dépasser les temps ponctuels d'échange et d'unir l'ensemble du groupe de professionnels autour de sujets qui les rassemblent, avec parfois une ouverture aux équipes paramédicales.
- Nous avons également vu que les personnes qui décrivent un poste et des missions qui leur correspondent ont plus tendance à se projeter sur du long terme dans l'établissement, un attachement à l'emploi s'étant créé. Certains avancent aussi le fait qu'avoir des responsabilités, en contournant le statut, les motive à travailler. Ce sont des personnes qui perçoivent une évolution de carrière dans l'établissement. A contrario, les personnes qui perçoivent que « *leur avis n'est pas pris en considération* » ou qu'ils « *pallient le manque* » ont plus tendance à vouloir quitter l'établissement. Tous les PADHUE ne semblent pas suivis de la même manière dans leurs carrières, et les responsabilités octroyées apparaissent dépendantes des chefs de pôle. Il serait intéressant de faire une analyse de la politique de gestion des carrières et de la manière dont elle est opérationnellement appliquée dans l'établissement, pour réfléchir à une manière de l'optimiser.

2.3. Discussion

Différents éléments sont à discuter concernant cette étude, qui présente à la fois des limites sur le plan méthodologique (II-2.2.1) et sur le plan théorique (II-2.3.2). Sur la base de ces limites, nous proposerons des pistes pour améliorer l'étude (II-2.3.3).

2.3.1. Limites méthodologiques

Concernant les limites méthodologiques, nous proposons de nous intéresser à la fiabilité et à la validité de notre étude.

La fiabilité d'une recherche consiste à « *s'assurer que les multiples tâches effectuées au cours de la recherche pourront être répliquées avec les mêmes résultats, ou, tout du moins, évaluées avec le plus de transparence possible par différents chercheurs* » (Ayerbe et Missonier, 2007). Faisant appel à la méthode du codage théorique, et donc étant inscrit dans un cadre épistémologique interprétativiste, il est indéniable que notre analyse est teintée de la subjectivité du chercheur. Toutefois, l'utilisation de catégories inspirées de la littérature scientifique permet de relativiser cette limite.

Concernant la validité, nous proposons de nous interroger à la fois sur la validité interne et externe de notre étude.

Selon Wacheur (1996, cité Ayerbe et Missonier, 2007) « *la validité interne est souvent considérée comme une force des recherches qualitatives dans la mesure où elle est censée assurer une interrelation forte entre les observations empiriques et les concepts théoriques* ». Proche du critère de « crédibilité » selon Kemp (2012, cité par Proulx, 2019), elle suppose des « *résultats justes, authentiques (...) par rapport au terrain d'étude (...) des résultats liés à une théorie antérieure ou émergente* ». Concernant notre étude, l'utilisation de l'entretien semi-directif comme outil de collecte de données semble être un point fort assurant une bonne validité interne. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur la justesse et l'authenticité de nos résultats pour deux raisons. Tout d'abord, nos données brutes peuvent être influencées par un biais de désirabilité sociale, concept défini comme « *l'adéquation connue des comportements observés ou anticipés d'une personne aux motivations ou aux affects réputés des membres typiques d'un collectif social* » (Pansu et Beauvois, 2004, cité par Cambon 2006). Nous pensons par ailleurs que ce biais a été amplifié par notre position « non neutre », puisque

nous exerçons dans le même établissement que les sujets interrogés. Plusieurs participants ont demandé qui aura accès à l'étude dans l'établissement, témoignant d'une certaine réticence à être authentique. Également, notre cadre interprétativiste laisse la place à un écart possible entre les données empiriques et les concepts théoriques utilisés.

Concernant la validité externe, proche du critère de transférabilité selon Kemp (2012, cité par Proulx, 2019), il s'agit d'appliquer les données et résultats dans d'autres situations, et donc de les généraliser. Il existe donc une « *limite majeure dans l'étude de cas, qui, par essence même, se réfère à l'étude d'un contexte particulier* » (Ayerbe et Missonier, 2007). Toutefois, Srauss et Corbin indiquent que dans les approches qualitatives, « *il ne s'agit pas de généraliser à une population dans son ensemble, mais de spécifier les conditions par lesquelles un phénomène existe* ». Nous pensons toutefois que le nombre limité de sujets interrogés amène à une validité externe fragile, même en spécifiant les conditions du phénomène.

2.3.2. *Limites théoriques*

Notre étude repose sur la conception selon laquelle l'être humain est un être rationnel, qui a des besoins, et qui adopte des comportements intentionnellement, dans un contexte spécifique, de manière à tendre vers ses objectifs et répondre à ses besoins. L'idée est également qu'il est en capacité, à travers son discours, de formuler les motivations et les raisons qui se cachent derrière ses comportements. C'est une pensée qui laisse peu de place à l'inconscient. Pour autant, les auteurs cités dans notre cadre théorique appuient eux même sur l'idée selon laquelle tous nos comportements ne sont pas forcément rationnels, notamment Max Weber à travers sa typologie des actions (1905). Abraham Maslow, décrit aussi cette pensée à travers la notion de « motivation inconsciente », où les raisons ou « les buts n'apparaissent pas toujours directement à la conscience » (2003,44). De plus, selon certaines conceptions, l'être humain n'est selon non pas rationnel mais rationalisant, donnant du sens à ses actes après avoir agi (Benoît, 1998).

Également, les catégories dégagées de nos données brutes ne constituent pas des catégories objectives. Elles sont le résultats d'inférences réalisées par le chercheur, basées sur des concepts construits, ce qui peut faire l'objet de critiques. Le sens donné à nos concepts est orienté par les conceptions des auteurs sur lesquels nous nous appuyons dans notre cadre théorique, l'absence de définition consensuelle compliquant leur appréhension.

Enfin, la fidélisation temporaire est appréhendée sur la base d'une intention, ne tenant pas compte du caractère évolutif des besoins et donc d'une carrière. En effet, en citant Herriot et Schein, Giraud et ses collaborateurs (2011) expliquent que « *les personnes et leurs situations changent* », et que « *leurs priorités évoluent* ». Les besoins individuels seraient « *liés aux différents stades de leur développement individuel et familial* ». Chaque carrière serait « *originale et irrégulière* », avec une « *progression discontinuée* » dépendant de « *nombreux événements imprévus qui paraissent sans importance* » (Lichtenstein et Mendenhall, 2002, cité par Giraud et al, 2011). Ainsi, il n'existe pas toujours de linéarité entre une intention de comportement et le comportement qui en découle, ce qui peut constituer une limite théorique de notre étude.

2.3.3. Pistes de réflexion pour améliorer l'étude

Compte tenu des différentes limites que nous avons présenté, nous formulons diverses propositions pour améliorer la qualité de cette recherche.

- Afin de limiter les biais de désirabilité sociale, que nous pensons en partie liés au caractère « non neutre » du chercheur, nous suggérons que l'étude soit effectuée par un individu n'exerçant pas dans la même structure que les sujets interrogés. Cela amènerait également davantage d'impartialité.
- Afin d'apporter une meilleure fiabilité à l'étude, nous suggérons de recourir à plusieurs chercheurs pour réaliser la recherche ou de faire vérifier la recherche par d'autres chercheurs, ce qui permettrait de réduire les biais interprétatifs du chercheur inhérents à la méthode de codage.
- Afin d'avoir une opérationnalisation plus factuelle du construit « fidélité temporaire », nous pourrions de nous orienter vers deux types d'études :
 - Une étude comparative rétrospective de PADHUE inscrits au CNOM, avec des PADHUE fidélisés dans les établissements étudiés et des PADHUE les ayant quittés. Ainsi, le concept de fidélité serait d'ordre comportemental, est étudié non pas sous la forme d'une « intention de rester » ou une « intention de partir », mais sous la forme d'une « action de rester » et « action de partir ». Notre projet initial était d'effectuer l'étude sous cette forme, mais la situation sanitaire et la difficulté

à rencontrer des praticiens ayant quitté la structure n'a pas permis de la réaliser de cette manière.

- Une étude longitudinale permettant de suivre la carrière de PADHUE non inscrit au CNOM jusqu'à la reconnaissance de leur statut et au delà.

- Afin d'apporter une meilleure validité externe à nos résultats, nous proposons d'élargir le nombre de PADHUE interrogés, et d'effectuer l'étude dans plusieurs établissements à situations démographiques proches. Également, nous proposons de recourir de manière complémentaire à des méthodes quantitatives de recherche, en utilisant les résultats de l'étude pour « *élaborer un outil de collecte quantitative de données auprès d'un échantillonnage statistiquement représentatif de la population* » (Gagnon, 2017).

CONCLUSION

La fidélisation d'un PADHUE au sein d'un établissement de santé public est complexe, et singulière à chaque situation. Dans le cadre de notre étude, nous avons cherché à comprendre dans quelle mesure un engagement calculé peut expliquer la fidélité temporaire d'un PADHUE en attente de reconnaissance statutaire dans un hôpital public périphérique à faible attractivité médicale. En effet, partant du constat que de nombreux PADHUE ont tendance, une fois inscrits au CNOM, à quitter l'EPSMDA, et ce même après de longues années de fidélité, nous souhaitons comprendre ce phénomène à travers le prisme de leur engagement vis-à-vis de l'organisation. Pour cela, nous nous sommes entretenus avec 11 PADHUE de l'EPSMDA en attente de reconnaissance statutaire, pour ensuite procéder à un codage de leur discours.

Nous avons pu mettre en évidence le fait que la plupart des arrivées sur l'EPSMDA présente un caractère utilitaire, et que tous montrent une forme calculée d'engagement vis-à-vis de l'établissement. Toutefois, certains PADHUE s'inscrivent dans une forme mixte d'engagement, avec une dimension plus affective.

L'étude montre alors que les PADHUE qui ont l'intention de rester à long terme ont tendance à être des personnes qui se sont attachées à l'organisation : elles décrivent une identification aux valeurs du service public, un attachement au groupe de travail, et un attachement à leur emploi. Celles qui projettent de le quitter sont quant à elles des personnes qui ont tendance à s'inscrire dans un engagement uniquement calculé. Toutefois, ce lien n'est pas systématique et d'autres paramètres sont à traiter. Des facteurs tels que l'âge, la configuration familiale, les aspirations professionnelles, la personnalité et les priorités de vie, sont également à prendre en considération pour comprendre les leviers de fidélisation.

Afin de poursuivre et affiner la recherche, il pourrait être intéressant d'améliorer la méthodologie de manière à avoir une appréhension plus fine du lien entre la fidélité et le type d'engagement des PADHUE vis-à-vis de l'établissement.

BIBLIOGRAPHIE

ALLARD-POESI, Florence., PERRET, Véronique. Fondements épistémologiques de la recherche. *Méthodes de recherche en management*, 2014, p.11-46.

AYERBE, Cécile., MISSONIER, Audrey. Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 2007, 10, n°2, p.37-62.

BARET, Pierre., RENAUD, Emmanuel. Un modèle tridimensionnel d'engagement organisationnel pour appréhender la fidélité au CHU des anesthésistes ?. *Questions de management*, 2014, n°5, p.33-45.

BENOIT, Denis. La manipulation dans la communication. *Management par projet et logiques communicationnelles*, 1998, 13.

BILLAUDOT, Bernard. Institutionnalisme, rationalisme et structuralisme en science sociale. *Economie et institutions*, 2004, 4, p.5-50.

BLAIS, Mireille., MARTINEAU, Stéphane. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 2006, 26, n°2, p.1-18.

BOUDON, Raymond. Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique ?. *Revue du Mauss*, 2004, n°24, p.281-309.

CADIN, Loïc., BENDER, Anne-Françoise., SAINT-GINIEZ, Véronique. *Carrières nomades : les enseignements d'une comparaison internationale*. Paris : Vuibert, 2003, 257 p.

CADIN, Loïc., SAINT GINIEZ, Véronique. Carrière nomades et contextes nationaux, *Revue française de gestion des ressources humaines*, 2000, n°37, p.76-96.

CAMBON, Laurent. Désirabilité sociale et utilité sociale, deux dimensions de la valeur communiquée par les adjectifs de personnalité. *Revue internationale de psychologie social*, 2006, 19, p.125-151.

CEZANNE, Cécile., GUILLON, Olivia. Manifestations, déterminants et conséquences de la fidélité des salariés : une grille de lecture critique. *Recherches en sciences de Gestion*, 2013, 4, n°97, 127-143.

COTTEREAU, Victoire. Les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) en France : Quand les hôpitaux ont recours à des médecins-migrants. *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 2015, p.1-16.

COTTEREAU, Victoire. Les invisibles de l'hôpital : parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors union européenne dans la région Poitou-Charentes. *Géographie*, 2015

CUIN, Charles-Henry. Emotions et rationalité dans la sociologie classique le cas de Weber et Durkheim. *Revue européenne des sciences sociales*, 2001, p.77-11.

CROZIER, Michel., FRIEDBERG, Ehrard. *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Editions du Seuil, 1977, 512 p.

DALKILIC, Serdar., MERIC, Melih., TRUJILLO GUITERREZ, Patricio. Évaluation au sein de l'Union européenne de la qualité des diplômés internationaux en médecine (DIM) venant de l'extérieur de l'UE. *Fédération Européenne des Médecins Salariés - Fédération des Praticiens de Santé*, 2008

DEMAZIERE., Didier. L'entretien biographique et la saisie des interactions avec autrui. *Recherches Qualitatives*, 2011, 30, p.61-83.

EQUETER, Emily., POHL, Sabine., HELLEMANS, Catherine. Antécédents et conséquences des mobilités intra et inter organisationnelles au sein du secteur bancaire. *Abstracts des communications du congrès de l'AIPTLF*, 2014

GAGNON, Yves-Chantal. L'étude de cas comme méthode de recherche, 2011 : <https://excerpts.numilog.com/books/9782760512887.pdf>

GALOIS, Isabelle., LACROUX, Alain., Regards croisés sur la fidélisation des salariés intérimaire. *Revue interdisciplinaire management, Homme et entreprise*, 2012, n°2, p.50-65.

GIRAUD, Laurent., ROGER, Alain. Les étapes de la carrière à l'épreuve du temps. *Humanisme et entreprise*, 2011, n°302, p.13-28

GONTHIER, Frédérique. Weber et la notion de « compréhension ». *Cahier internationaux de sociologie*, 2004, n°116, p.35-54

IMBERT, Geneviève. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 2010, n°102, p.23-34.

KOHNS, Laurence., CHRISTIAENS, Wendy. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyance. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 1012, LIII, p.67-82.

LAPALME, Marie-Eve., DOUCET, Olivier. Les récents développements dans l'étude de l'engagement des employés : la redondance perdue. *Actes du Congrès de l'AGRH*, 2004.

LAVAUD-LEGENDRE, Bénédicte. Charlatanisme et droit pénal, *Les tribunes de la santé*, 2008, n°20, p.66-75.

LEMAIRE, Jean-François. La loi du 19 Ventôse an XI, texte fondateur et expédient provisoire. *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, 2003, vol 187, issue 3, p.577-589.

LOCHARD, Yves., MEILLAND, Christèle., VIPREY, Mouna., La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail, les effets d'une discrimination institutionnelle. *La revue de l'Ires*, 2007, n°53, p.83-110.

LOUART, Pierre. Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel. *Cahiers de la recherche*, 2002

MARTINEAU, Stéphane. L'instrumentation dans la collecte des données. *Recherches qualitative*, 2005, HS, n°2.

MASLOW, Abraham., Devenir le meilleur de soi même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité. Broché, 2013

MEYER, John., POWELL, Deborah. Side-bet theory and the three component model of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 2004, 65, 1

MNBENGUE, Ababacar., VANDANGEON-DERUMEZ, Isabelle. Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique (en ligne).

<https://ficops.hypotheses.org/files/2015/02/mbengue.pdf>

MIALARET, Gaston. L'entretien. *Méthodes de recherche en sciences de l'éducation*, 2004, p.54-58.

NAHUM, Henri. L'éviction des médecins juifs dans la France de Vichy. *Archives Juives*, 2008, vol 41, p.41-58.

NAISHTAT, Francisco. Max Weber et l'individualisme méthodologique. *Raison présente*, 1995, 116, p.99-120.

Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde. 2006

PAILLE, Pierre. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 1994, 23, p.147-181.

PAILLE, Pascal. Engagement organisationnel et mode d'identification, dimensions conceptuelle et empirique. *Bulletin de psychologie*, 2005, n°480, p705-711.

PIAN, Anaïk. Un terrain dit « sensible » dans le champ des migrations : réflexivité sur une expérience marocaine. *Immigrés, illégaux, réfugiés, questions sur les enquêtes et les catégories*, 2012, p.79-90.

POINT, Sébastien., VOYNNET FOURBOUL, Catherine. Le codage à visée théorique, *Recherche et Applications en Marketing*, 2006, vol.2, n°4.

PROULX, Jérôme. Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 2019, 38, n°1

RUEF, Julien, Quelques éléments d'épistémologie concernant les recherches qualitatives et critiques en communication, *Epistemology featuers concerning qualitative and critical research in communication*, 2012, n°7, 23, 40

Regard croisés sur l'engagement. Comment obtenir l'engagement des salariés en 2013 ? , *Question(s) de management*, 2012, vol. 1, n°2, 119-137.

SPERBER, Dan. Individualisme méthodologique et cognitivisme, *Cognition et sciences sociales*, 1997, p.121-135.

TAROT, Camille., Individu, société et individualismes, une introduction au débat sociologique, *Essaim*, 2004, n°12, p.85-104.

THOMAS, David. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 2006, 27(2), p.237-246.

TRUDEL, Louis., SIMARD, Claudine, VONARX, Nicolas. La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire?, *Recherche qualitative : les question de l'heure*, 2007, HS, n°5, p.38-45.

VIGAN, Fanou Arsène. Peut-on parler d'engagement affectif et d'engagement calculé chez les agents publics africains ?. *Gestion et management public*, 2017, vol 6, n°2, p.89-105.

VANDENBERGHE, Christian. Le rôle des interactions entre engagements multiples dans la prédiction du risque de démission. *Relations industrielles*, 2015, vol 70, 1

ANNEXES

Annexe 1

Quelques récents titres de presse

Annexe 2

Synthèse des principales législations destinées aux PADHUE en France

Annexe 3

Procédure d'Autorisation d'Exercice

Annexe 4

Les différents statuts d'exercice des PADHUE sans autorisation de plein exercice

Annexe 5

Les différentes procédures d'autorisation d'exercice (PAE) pour les médecins

Annexe 6

Guide d'entretien

Annexe 7

Structure des données

Annexe 8

Définition des catégories

Annexe 1 : Quelques récents titres de presse

Le Monde

16 avril 2020

Coronavirus : les praticiens étrangers « font le boulot dont les médecins français ne veulent pas »



18/04/2020

France : face au Covid-19, médecins et soignants étrangers demandent leur intégration



25 avr. 2020

Les Padhue non reconnus dans les hôpitaux français



14 mai 2020

Covid-19 : en Ile-de-France, ces médecins étrangers au statut précaire font tourner les hôpitaux



30/06/2020

Épidémie de Covid-19 : les médecins étrangers réclament l'égalité

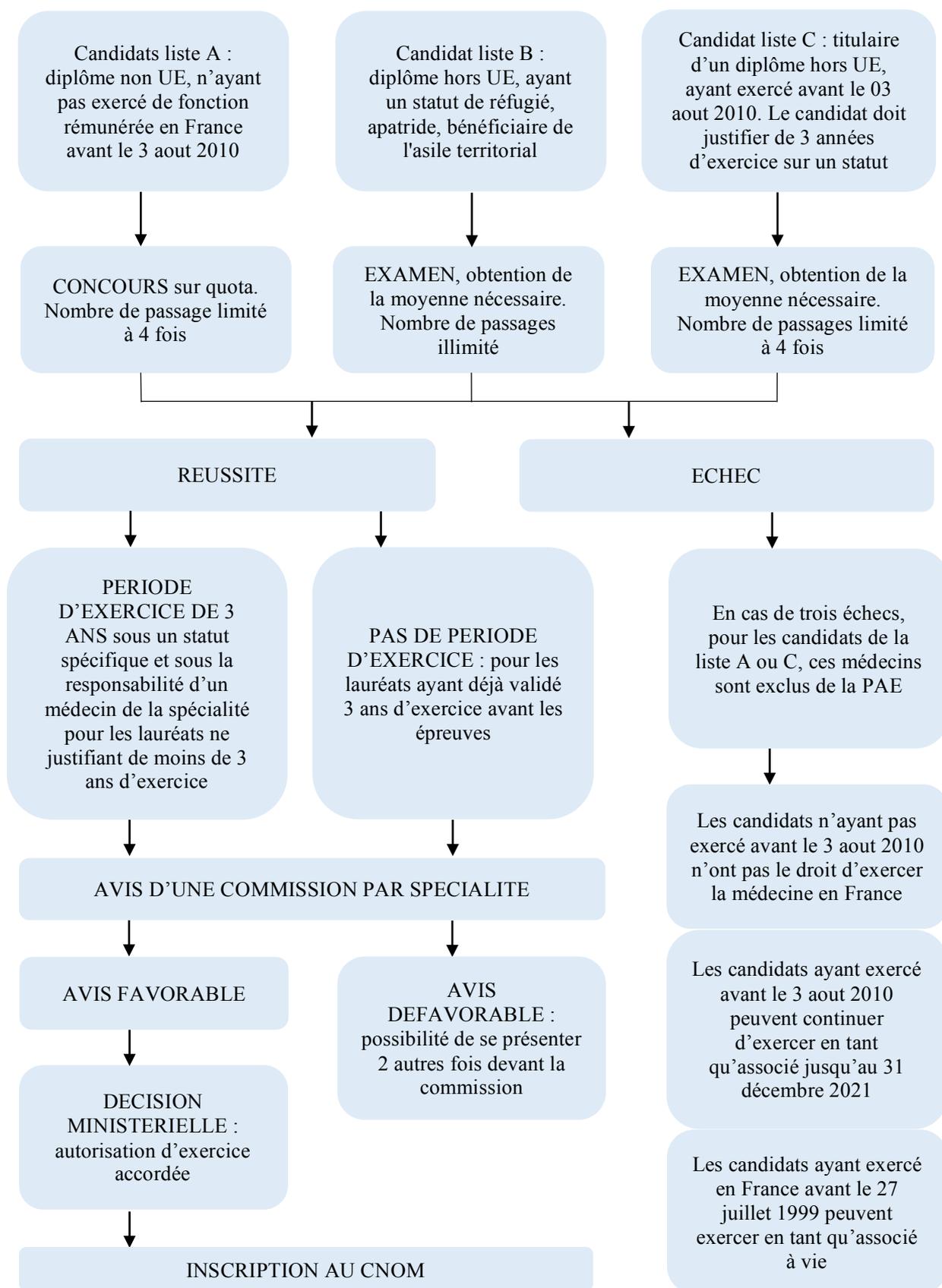
Annexe 2 : Synthèse des principales législations destinées aux PADHUE en France

1972	Création de la première procédure permettant aux PADHUE d'obtenir une autorisation d'exercice en France : après vérification de la valeur du diplôme, les candidats devaient passer deux épreuves de vérification des connaissances (écrit et oral). L'écrit est constitué d'un certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) sanctionnant les 6 premières années d'étude médicale. Le succès des deux épreuves permettait au PADHU d'être inscrit sur une liste d'attente pour obtenir le plein exercice, la faiblesse des quotas entraînant de longues années d'attente. En 1998 et 1999, la voie du CSCT a été modifiée avec une augmentation des quotas. Cette procédure n'est à ce jour plus ouverte (loi n°72-661 du 13 juillet 1972, loi n°99-641 du 27 juillet 1999)
1985	Création du Diplôme Interuniversitaire de Spécialisation (DIS) : afin de se spécialiser, les PADHUE devaient passer un examen leur permettant de passer une année de préparation à la spécialité, à l'issue de laquelle débutait le DIS sur une durée de 2 à 4 ans selon la spécialité suivie. En parallèle, les PADHUE pouvaient occuper un poste de Faisant Fonction d'Interne (FFI) dans un établissement public.
1987	Création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) à titre étranger et du concours d'internat en médecine à titre étranger : les étudiants hors UE peuvent faire un DES à titre étranger en cas d'admission au concours d'internat de spécialité. Les étudiants exercent sous le même statut d'internat que les médecins diplômés en France. (décrets n°27 mars 1987 et n°90-97 du 25 janvier 1990, arrêté du 19 juillet 2001)
1991	<p>Création du DIS (deuxième version) : les démarches et les conditions d'admission étaient beaucoup plus compliquées que la version du DIS. Lorsque les dossiers étaient admis, ils étaient soumis à deux épreuves portant sur le programme du concours d'internat et sur la discipline présentée. Après réussite des épreuves, les étudiants étaient affectés à un poste de FFI rémunéré en fonction de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et de leur rang de classement. Ce diplôme n'est plus ouvert</p> <p>Création de l'Attestation de Formation Spécialisée (AFS) et de l'Attestation de Formation Spécialisée Approfondie (AFSA) : ces diplômes étaient réservés aux médecins en cours de spécialisation ou déjà spécialistes dans un pays hors UE. La formation AFS duraient un maximum deux ans et la formation AFSA durait maximum un an. Les médecins ayant validé une ADS étaient obligés d'avoir exercé au minimum 3 ans dans leur pays d'origine pour pouvoir postuler à une AFSA. Les médecins titulaires d'un DIS n'étaient pas autorisés à postuler à une ADS. Les médecins qui suivaient une AFS ou AFSA exerçaient sous le statut de FFI. Ces diplômes ne sont plus ouverts.</p>
1995	<p>Création du statut de Praticien Adjoint Contractuel (PAC) : les PADHUE étaient autorisés à passer un concours pour être intégrés en qualité de contractuels dans el service public hospitalier. Cette possibilité était assortie de deux conditions : avoir réussi un examen national organisé par discipline et par région, et avoir exercé dans un établissement public de santé pendant 3 années successives. Ces médecins pouvaient alors assurer les mêmes fonctions que les Praticiens Hospitaliers (PH), endosser les mêmes responsabilités pour un salaire inférieur à celui d'un PH. Ce statut a connu plusieurs modifications, et il n'est plus possible de l'acquérir depuis 2002 (loi n°95-116 du 4 février 1995, décret du 30 juillet 1997, loi n°99-641 du 27 juillet 1999)</p> <p>Interdiction de recruter des PADHUE : les hôpitaux publics pouvaient employer uniquement les PADHUE suivant un diplôme de spécialité en France, et ce, uniquement pour la durée de la formation, ainsi que quelques cas particulier (loi n°99-641 du 27 juillet 1999)</p>
1997	Assouplissement du recrutement des PADHUE : tous les praticiens qui avaient exercé des fonctions hospitalières avant le 1 ^{er} janvier 1996 pouvaient être maintenus à leur fonction ou être à nouveau recrutés par les hôpitaux publics (circulaire n°671 du 17 octobre 1997)
1999	Interdiction de recruter des PADHUE : il a été de nouveau interdit aux établissements publics de santé de recruter de nouveaux PADHUE à compter de la publication de la loi. Ils pouvaient employer uniquement les médecins venant préparer un diplôme de spécialité en

	<p>France, ce uniquement pour la durée de la formation, ainsi que quelques cas particulier (loi n°99-641 du 27 juillet 1999)</p> <p>Création d'une commission de recours de 10 ans : deux catégories de médecins pouvaient saisir cette commission dans le but d'acquérir le plein exercice de la médecine : ceux qui avaient subi sans succès au moins une fois les épreuves de CSCT, et ceux qui avaient exercé des fonctions médicales dans un hôpital public pendant au moins 10 ans à la date du dépôt du dossier. (loi n°99-641 du 27 juillet 1999, arrêté du 20 mars 2002)</p> <p>Création de la nouvelle procédure d'autorisation (NPA) : cette procédure a mis un terme à toutes les précédentes et est devenu l'unique voie d'intégration des PADHUE dans le système de santé français. Initialement prévue en 2002, la première session du concours NPA ne s'est déroulée qu'en 2005. Chaque année, était publiée une liste des spécialités ouvertes aux PADHUE avec un quota. La NPA se composait en 3 étapes : un concours composé de plusieurs épreuves, le lauréat du concours devaient exercer 3 ans de fonctions hospitalière dans des services agréés, et à l'issue des 3 années, le candidat présentait son dossier devant une commission en vue d'obtenir l'autorisation d'exercice. Cette procédure n'est plus ouverte (loi n°99-641 du 27 juillet 1999).</p>
2006	<p>Création de la Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) : elle a remplacé la NPA. La PAE instaure une distinction entre les médecins exerçant en France depuis de longues années et les « nouveaux arrivants ». La liste A est ouverte à tous les PADHUE sans condition. Les candidats de la liste A passent un concours avec de faibles quotas. La liste B est à destination des médecins titulaires d'un diplôme hors UE ayant un statut de réfugié ou d'apatride. Les candidats de la liste B passent un examen où il faut obtenir la moyenne. La liste C est à destination des PADHUE justifiants de fonctions rémunérées dans un hôpital public en France avant le 3 août 2010. Les candidats de la liste C passent un examen où il faut obtenir la moyenne. Cette procédure a connu plusieurs modifications. Elle est toujours ouverte à ce jour (loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, décret n°2007-123 du 29 janvier 2007, loi n°2012-157 du 1^{er} février 2012)</p>
2008	<p>Création du diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) et du diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) : ces diplômes ont remplacé les AFS/AFSA. Ces diplômes sont réservés aux médecins en cours de spécialisation ou déjà spécialistes dans un pays hors UE. Le DFMS dure un maximum de 3 ans et le DFMSA dure un maximum d'un an. Pour s'inscrire, les candidats doivent déposer un dossier auprès de l'Université de Strasbourg ou auprès du service de coopération et d'action culturelle de l'Ambassade de France. Si le dossier est retenu, le candidat est invité à remplir un second dossier en vue d'obtenir une affectation dans une université. Les candidats retenus sont employés comme FFI. Les médecins titulaires d'un DIS ou d'une AFS ne sont pas autorisés à candidater. Ces diplômes sont actuellement ouverts (arrêté du 8 juillet 2008) .</p>
2012	<p>Prolongement de l'exercice des PADHUE : il était prévu que la dernière session d'examen de la liste C devait avoir lieu en 2011 et que les médecins, n'ayant pas obtenu le plein exercice, n'auraient plus le droit de travailler dans les hôpitaux français à compter du 31 décembre 2011. Finalement, la liste C a été prolongée jusqu'en 2016 et les praticiens dans la plénitude d'exercice ont été autorisés à continuer à travailler sous leurs statuts actuels jusqu'au 31 décembre 2016 (loi n°2012-157 du 1^{er} février 2012).</p>
2016	<p>Prolongement de l'exercice des PADHUE : les médecins n'ayant pas obtenu la plénitude de leur exercice ont la possibilité d'exercer jusqu'à 31 décembre 2018 (article 92 de la loi n°2016-1888)</p>
2019	<p>Prolongement de l'exercice des PADHUE : les médecins n'ayant pas obtenu la plénitude de leur exercice ont la possibilité d'exercer jusqu'à 31 décembre 2021 (article 70 de la loi n°2019-774).</p>
2020	<p>Possibilité d'inscription à l'ordre pour certains PADHUE répondant à certains critères sans passer par la PAE, suite à une étude de dossier par une commission</p> <p>Ajout d'une tentative possible pour accéder à la PAE : 4 essais sont désormais possibles</p>

Synthèse de Victoire Cottereau (2015), mis à jour

Annexe 3 : Procédure d'Autorisation d'Exercice



Synthèse de Victoire Cottreau (2015), mis à jour

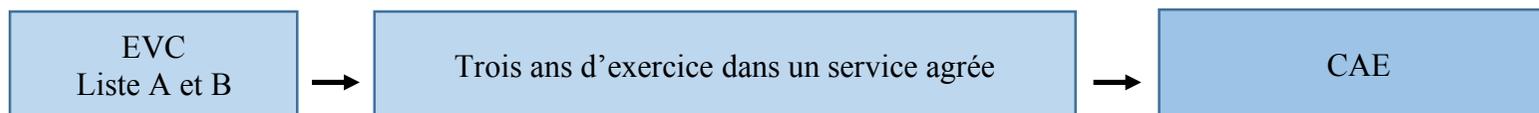
Annexe 4 : les différents statuts d'exercice des PADHUE sans autorisation de plein exercice

	FFI	AA	PAA	AAL
Conditions de recrutement	Détenir un DE de docteur et préparer un diplôme de DFMS ou DFMSA	Détenir un DE de médecine hors UE ou EEE		
		Avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004	Avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004	Avoir réussi les épreuves de la PAE
Lieu d'exercice	« services agréés pour recevoir les internes »	«Centres hospitaliers locaux, services biologie des CHU	Service public hospitalier	« service agréés pour recevoir des internes
Contrat	Durée de 6 mois, renouvelable jusqu'à 2 ans	Durée de 1 an, renouvelable jusqu'à 6 ans, avec possibilité de passer sous le statut de PAA	Durée de 2 ans, sans limitation de renouvellement	Durée de 3 ans, puis passage devant la commission
Rémunération 1^{er} échelon	1410,22 euros non logé, non nourri	1730,43 e pour les généralistes 2013,36 e pour les spécialistes	2 031,31 e	1730,43 e pour les généralistes 2013,36 e pour les spécialistes
Rémunération maximale	1410,22 euros non logé, non nourri	2191,36 e pour les généralistes 2482,92 e pour les spécialistes	3 793,43 e	2191,36 e pour les généralistes 2482,92 e pour les spécialistes
Droit aux RTT	Non	Oui	Oui	Non
Droit aux congés formation	Non	Oui	Oui	Non
Droit à l'exercice à temps partiel	Non	Oui	Oui	Non

Annexe 5 : Les différentes procédures d'autorisation d'exercice (PAE) pour les médecins

1) Diplôme hors UE, quelle que soit la nationalité

Cas général



Disposition transitoire :

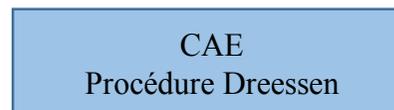


2) Diplôme UE, nationalité hors UE



3) Diplôme UE non conforme aux directives européennes

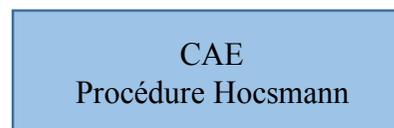
Nationalité UE



Nationalité Hors UE = cas 2

4) Diplôme hors UE reconnu par un état membre

Nationalité UE



Nationalité hors UE = cas 1

Autorisation individuelle d'exercice

Annexe 6 : Guide d'entretien

Ce guide présente les grands thèmes traités lors des entretiens avec les PADHUES.

Les points ci-dessous sont abordés de manière à compléter le discours spontané du sujet.

❖ DISCOURS DE LA PERSONNE SUR SA PROFESSION

- Qu'est ce qui vous a amené à vous orienter vers le métier de médecin ? la psychiatrie ? le service public ?
- Que recherchez vous dans un poste ?

❖ DISCOURS DE LA PERSONNE SUR SON PROJET MIGRATOIRE ET SON PARCOURS

- Qu'est ce qui vous a conduit à vous installer en France ? Dans cet hôpital ?
- Quelle différences voyez-vous entre votre poste dans cet hôpital et vos précédents postes ?

❖ DISCOURS DE LA PERSONNE SUR SA SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

- Qu'est ce qui vous plaît dans cet hôpital ? Comment vous y sentez-vous ?
- Qu'est ce qui vous amène à y rester ?

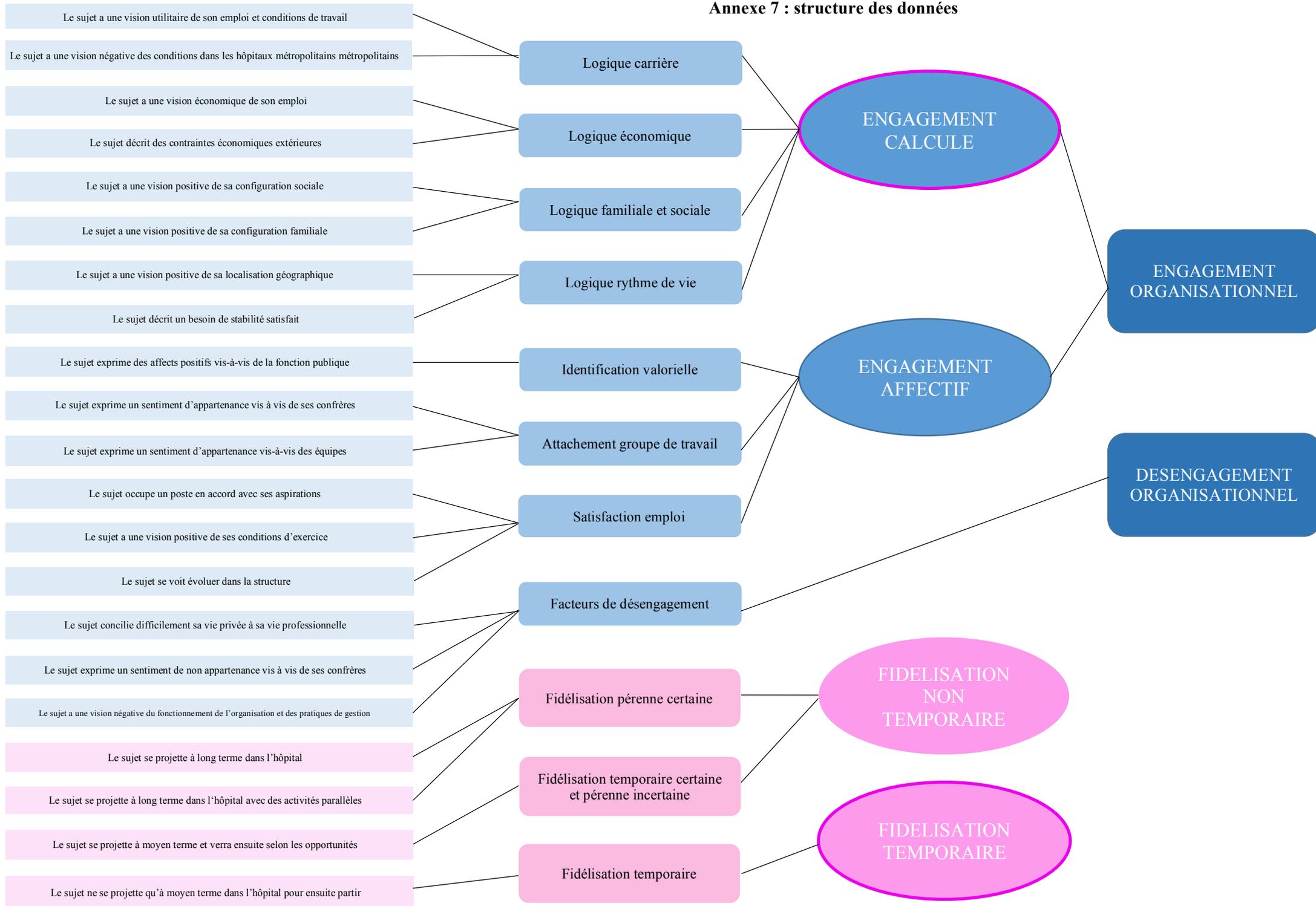
❖ DISCOURS DE LA PERSONNE SUR SA SITUATION GENERALE ACTUELLE

- Comment trouvez-vous votre vie actuelle en France de manière générale ?

❖ DISCOURS DE LA PERSONNE SUR SON AVENIR PROFESSIONNEL ET SES ASPIRATIONS

- Qu'envisagez-vous pour la suite ?
- Avez-vous l'intention de partir de cet établissement ? pourquoi ?
- Qu'envisagez-vous une fois votre diplôme reconnu par l'ordre des médecins en France ?

Annexe 7 : structure des données



Annexe 8 : Définition des catégories

ENGAGEMENT ORGANISATIONNEL

= ce concept rejoint l'idée selon laquelle il existe une force qui lie l'individu à son établissement de santé.

C'est une catégorie qui regroupe l'**engagement calculé** (engagement rationnel et cognitif liant l'individu à son organisation) et l'**engagement affectif**.

ENGAGEMENT CALCULÉ

= ce concept rejoint l'idée selon laquelle l'individu calcule ce qu'il a à y gagner en restant dans l'organisation et à y perdre en en partant.

Cette catégorie prend en compte les éléments « de raison » liant l'individu à l'organisation, mais aussi les éléments parfois affectifs n'impliquant pas l'organisation en elle-même (« sidebets » au sens de Becker)

Logique carrière

= l'individu fait des calculs par rapport à sa carrière

Logique économique

= l'individu fait des calculs par rapport à ses finances

Logique familiale et sociale

= l'individu fait des calculs par rapport à sa vie privée

Logique rythme de vie

= l'individu fait des calculs par rapport à son rythme de vie

ENGAGEMENT AFFECTIF

= ce concept rejoint l'idée selon laquelle l'individu est attaché affectivement à des cibles le liant indirectement à l'établissement.

Attachement emploi

= l'individu se sent attaché à son emploi car il est en accord avec ses aspirations professionnelles

Attachement groupe de travail

= l'individu se sent attaché à son entourage au travail

Identification valorielle

= l'individu s'identifie aux valeurs du service public

DÉSENGAGEMENT
ORGANISATIONNEL

= ce concept rejoint l'idée selon laquelle il existe une force qui délie l'individu de son établissement de santé.

FIDELISATION
TEMPORAIRE

= cette catégorie rejoint l'idée selon laquelle l'individu se projette à court/moyen terme dans l'organisation, le temps d'accéder à la reconnaissance de son diplôme en France.

FIDELISATION
NON
TEMPORAIRE

= cette catégorie rejoint l'idée selon laquelle une fidélité pérenne est possible.

Fidélisation pérenne certaine

= l'individu se projette à long terme dans l'établissement

Fidélisation temporaire certaine
et pérenne incertaine

= l'individu ne se projette pas au delà de son inscription au CNOM