



UNIVERSITÉ DE RENNES 1 / EHESP

Faculté de Droit et de Science Politique / École des Hautes Études en Santé Publique

MÉMOIRE DU DIPLÔME DE MASTER 2 DROIT DE LA SANTÉ

Parcours : Droit et éthique des professions et des institutions en santé

Aline REGNAULT - septembre 2018

Le recrutement des médecins à diplôme étranger, une nécessité pour l'hôpital public

Jury :

Mme M-L. MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public,
Université de Rennes 1, *Directeur de mémoire,*

Mme L. LAUDE, Professeur de l'École des Hautes Études en Santé
Publique, *Membre du jury.*

Remerciements

Je tiens à remercier,

Madame KELLER et Madame le Professeur MOQUET-ANGER pour m'avoir permis de suivre cette formation, aboutissement de mon projet personnel et professionnel. L'enseignement dispensé dans le cadre du Master me conforte au quotidien dans mes fonctions. Je vous remercie pour votre accompagnement et votre engagement.

Madame le Professeur MOQUET-ANGER, qui a dirigé ce travail, pour la qualité de son enseignement et l'intérêt porté au sujet.

Je vous remercie pour vos conseils, votre compréhension et la disponibilité dont vous avez fait preuve pour m'accompagner dans ce mémoire.

Monsieur le Docteur Karim GHRIBI, praticien hospitalier au centre hospitalier de Paimpol pour les échanges, que nous avons depuis 2012, sur le statut des médecins diplômés hors Union-européenne. Je vous remercie d'avoir, partagé mes réflexions et accepté de relire ce travail.

Olivier DULUC, pour son soutien et ses encouragements.

Sommaire

Première partie : Les contraintes du système de santé et leurs répercussions sur l'emploi médical hospitalier

Chapitre premier : Les ressources médicales hospitalières contraintes par l'existence des déserts médicaux

Chapitre deuxième : Une organisation hospitalière renforçant les difficultés à pourvoir les postes médicaux

Deuxième partie : Le recrutement des médecins à diplôme étranger encadré par une réglementation complexe

Chapitre premier : Un traitement différencié selon l'origine géographique du diplôme

Chapitre deuxième : Un arbitrage complexe entre nécessités et exigences

Liste des sigles et abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
CAE	Commission d'Autorisation d'Exercice
CBDF	Cour de discipline budgétaire et financière
CET	Compte Epargne Temps
CMDE	Comité des Médecins à Diplôme Étranger
CME	Commission Médicale d'Établissement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNG	Centre National de Gestion
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COPS	Commission d'Organisation de la Permanence des Soins
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSCT	Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
CSP	Code de la Santé Publique
DFMS	Diplôme de Formation Médicale Spécialisée
DFMSA	Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie
DPC	Développement Professionnel Continu
ECN	Épreuves Classantes Nationales
EVC	Épreuves de Vérification des Connaissances
FFI	Faisant Fonction d'Interne
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
JORF	Journal Officiel de la République Française
JOUE	Journal Officiel de l'Union Européenne
METEC	Médecins Étrangers à Titre Extracommunautaire
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PAC	Praticien Adjoint Contractuel
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
PADHUE	Praticien A Diplôme Hors Union Européenne

PAE	Procédure d'Autorisation d'Exercice
PDS	Permanence des Soins
PDSA	Permanence des Soins en Ambulatoire
PECH	Prime d'Engagement à la Carrière Hospitalière
PET	Prime d'Exercice Territorial
PMP	Projet Médical Partagé
RTT	Réduction du Temps de Travail
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNPAC	Syndicat National des Praticiens Adjointes Contractuel
SNPADHUE	Syndicat National des Praticiens à Diplôme Hors UE
TTC	Toutes Taxes Comprises
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
T2A	Tarifification A l'Activité

Introduction

Le 12 octobre 2017, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) publiait le 11^{ème} Atlas de la démographie médicale, ainsi qu'une étude sur les flux migratoires des médecins à diplôme étranger en France¹. Le 1^{er} Atlas était sorti en 2007. Dans cette mise à jour, l'étude - placée sous la responsabilité du Dr Patrick BOUET, Président du CNOM - donne des éléments détaillés et commentés sur la répartition des effectifs médicaux sur le territoire, toutes spécialités confondues. Les dix années qui séparent les deux études permettent un recul suffisant, elles représentent une période significative pour tirer à la fois des conclusions et de précieux enseignements. C'est aussi la durée d'un cycle d'études médicales.

La démographie médicale, en France, mais aussi au-delà des frontières, est un sujet d'actualité qui préoccupe non seulement les pouvoirs publics et les institutions, mais aussi l'opinion publique. Le manque de médecins ainsi que les effectifs médicaux réduits sont souvent avancés en justification de nombreux problèmes de santé et d'organisation du système de santé. On pourrait penser que le nombre de médecins en France ne cesse de décroître. Contre toute attente, il n'en est rien et c'est même tout l'inverse. L'étude du CNOM démontre que la France n'a jamais compté autant de médecins inscrits au tableau de l'Ordre professionnel. On peut penser que les politiques portent leurs fruits et notamment l'augmentation du numerus clausus. Il a été instauré en 1971, pour réguler quantitativement le nombre d'étudiants en médecine et le mettre en adéquation avec les capacités d'accueil des établissements de santé universitaires. Une lecture approfondie de l'étude permet de découvrir que, si le nombre d'inscrits n'a cessé de croître, la répartition géographique médicale explique en partie la dure réalité des choses. L'Atlas 2017 met l'accent sur d'importantes disparités territoriales et la baisse des effectifs médicaux. Les régions fortement touchées par la pénurie médicale le sont également par d'autres facteurs. Autant d'explications qui confirment que l'accès aux soins est inégal et que les ressources médicales sont disparates.

La profession de médecin en France est réglementée. Pour exercer, le praticien doit satisfaire aux trois conditions cumulatives prévues à l'article L. 4111-1 du Code de la santé publique qui sont d'être de nationalité française ; titulaire des diplômes prévus à l'article L. 4131-1 du Code de la santé publique et inscrit à l'Ordre professionnel.

¹ Atlas National du CNOM 2017, consultable sur le site : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

Les médecins peuvent s'inscrire à l'Ordre soit en « activité régulière », soit en « activité intermittente et/ou remplacements réguliers ». Les professionnels qui ne remplissent pas ces conditions peuvent être autorisés à exercer, par arrêté individuel du Ministre de la santé, après une procédure réglementée.

L'effectif des médecins à diplôme étranger, inscrit à l'Ordre professionnel, est croissant depuis 2007 et connaît une hausse de 90 %. Leur nombre est passé de 14 089 en 2007 à 30 904 en 2017 et 22 619 d'entre eux exercent une activité régulière². Il convient de les différencier en deux catégories.

D'une part, les médecins diplômés d'un pays membre de l'Union-européenne. Ils bénéficient, depuis 1975, de la législation sur la libre-circulation des travailleurs et de la reconnaissance automatique de leur diplôme de médecine³. En 2005, le dispositif a été consolidé⁴ par un régime de reconnaissance automatique des titres ou diplômes sur la base d'une coordination des conditions minimales de formation pour la profession médicale.

D'autre part, les médecins diplômés d'un pays hors Union-européenne, communément appelés les praticiens à diplôme hors Union-européenne (PADHUE). Ces médecins, dont la présence est, depuis les années 1970, indispensable au fonctionnement des Hôpitaux français, constituent un sujet délicat et une préoccupation constante à la fois pour les directeurs d'établissements hospitaliers et les pouvoirs publics.

La question des PADHUE est qualifiée de « *serpent de mer de la gestion des ressources humaines à l'hôpital* » dans un rapport du Sénat⁵ de 2012. Aussi, pour bien comprendre et cerner les enjeux de leur recrutement, un rappel historique est nécessaire.

Dans les années 1930, les médecins étrangers sont accusés d'engendrer une surabondance médicale. La loi dite Armbruster⁶ stipule que « *nul ne peut exercer la profession de médecin en France, s'il n'est pas muni d'un diplôme français de docteur en médecine et s'il n'est pas citoyen français ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France* ».

Dans les années 1970, la loi du 13 juillet 1972⁷ instaure le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) pour les médecins à diplôme non européen.

2 Source Atlas National du CNOM 2017, consultable sur le site : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

3 Directive Européenne n°75-363 du 16 juin 1975, JOCE du 30 juin 1976

4 Directive n°2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre, JOUE du 30 septembre 2005

5 Rapport n°274, session ordinaire enregistrée à la présidence du sénat le 19 janvier 2012

6 Loi dite Raymond Armbruster, promulguée le 21 avril 1933, JORF du 23 avril 1933

7 Loi n°72-661 du 13 juillet 1972, JORF du 14 juillet 1972 ; Décret n° 74-505 du 17 mai 1974, JORF du 18 mai 1974

Ils peuvent obtenir le plein exercice de la médecine en France, après réussite d'un examen de contrôle des connaissances et de l'étude de leur dossier par une commission. Cependant, cette autorisation est soumise à des quotas et un médecin pouvait avoir réussi le concours mais ne pas pour autant obtenir l'autorisation de plein exercice, après application des quotas.

Dans les années 1990, le statut de praticien adjoint contractuel (PAC) est créé. La loi du 4 février 1995⁸ introduit la possibilité - à compter du 1^{er} janvier 1996 et pour une partie des médecins, soit étrangers et titulaires d'un diplôme français, soit français ou étrangers titulaires d'un diplôme étranger de valeur scientifique reconnue comme équivalente par le ministre chargé des universités - d'être intégré en qualité de praticien adjoint contractuel dans les établissements publics hospitaliers ou les établissements participant au service public hospitalier. L'examen du praticien adjoint contractuel est équivalent au concours de praticien hospitalier (PH). Les praticiens adjoints contractuels assurent des fonctions similaires aux praticiens hospitaliers. Ils sont soumis au Code de déontologie médicale mais perçoivent une rémunération inférieure à celle des médecins statutaires, d'environ 50%. De plus, ils sont inscrits à l'Ordre professionnel mais sur une liste qui restreint leur exercice au secteur hospitalier et ne les autorise pas à exercer en libéral. En 1995, une enquête sur le nombre de médecins à diplôme étranger, exerçant dans les hôpitaux, fut menée par la direction générale des affaires sanitaires et sociales de Picardie. Les résultats n'étaient pas exhaustifs, en raison du taux de réponse, mais estimaient qu'ils étaient entre 6 500 et 7 000⁹. La création du statut de praticien adjoint contractuel devait permettre de régulariser des médecins qui exerçaient, depuis de nombreuses années et notamment dans les hôpitaux, sans reconnaissance réglementaire. Cette réforme fut controversée car les conditions pour se présenter à l'examen du PAC étaient sélectives¹⁰ et la loi interdisait tout recrutement de médecin à diplôme étranger qui ne l'avait pas réussi. Ainsi, dans les premiers mois d'application de la loi, le renouvellement des contrats de travail des médecins ne remplissant pas les conditions d'accès à l'examen a été remis en question. Les estimations de l'époque prétendaient que plus de 4 000 médecins risquaient de se voir interdire l'exercice de la médecine. Cependant, le nombre de postes médicaux vacants dans les hôpitaux a révélé l'impossibilité de se passer d'eux.

Par conséquent, pour les médecins à diplôme étranger, la période 1996-1999 a été marquée par une grande précarité et une incertitude sur leur avenir professionnel.

8 Loi n° 95-116 du 4 février 1995, JORF du 5 février 1995 et Décret n° 95-569 du 6 mai 1995, JORF du 7 mai 1995

9 La documentation française. Rapport de la Commission PAC au secrétaire d'Etat à la santé. Mars 1998

10 Les médecins doivent prouver un exercice en France, à temps complet depuis au moins 3 ans à la date de la parution de la loi

Certains ont perdu leur emploi et de ce fait, leur titre de séjour. Ils se sont retrouvés dans l'obligation de quitter le territoire. Ils sont repartis dans leur pays d'origine ou sont allés exercer dans un autre pays, moins restrictif quant aux conditions d'accueil et d'exercice de la médecine. La loi du 27 juillet 1999¹¹, portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), marque un tournant dans l'intégration des PADHUE avec trois dispositions majeures.

La première disposition élargit l'accès au statut de PAC. Ainsi, les médecins qui pouvaient justifier de trois ans de fonctions hospitalières avant le 1^{er} janvier 1999, avaient la possibilité d'obtenir une autorisation d'exercice par arrêté du ministre de la santé.

La seconde disposition interdit aux hôpitaux de recruter des médecins à diplôme non européen dans les conditions antérieures, exception faite pour les médecins justifiant de l'exercice de fonctions dans un établissement public de santé antérieurement à la publication de la dite loi. Cependant, la loi contient une disposition à souligner dans la mesure où elle prend en compte les durées de services effectués en France, entre 1996 et 1999 alors même que le recrutement des médecins à diplôme étranger était interdit sur cette période. Cette interdiction de recrutement, après le 28 juillet 1999, est réaffirmée et sera rappelée à de nombreuses reprises depuis. La circulaire DHOS 2007-85 du 1^{er} mars 2007 rappelle d'ailleurs que l'interdiction de recrutement de médecins à diplôme étranger hors cadre depuis 1999 « *restait d'actualité et devait être scrupuleusement respectée* ».

La troisième disposition instaure une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice (PAE) pour les médecins titulaires d'un diplôme extracommunautaire. Le décret d'application¹² ne sera publié qu'en 2004.

Depuis 2007, un système dérogatoire ne cesse de perdurer pour maintenir en fonction les médecins à diplôme étranger n'ayant pas régularisé leur situation au regard de la réglementation en vigueur. Tout d'abord, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹³ a transformé le concours en examen, pour les médecins pouvant justifier de fonctions rémunérées en 2005 et 2006 et pour les médecins réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire ainsi que les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises et remplissant les conditions d'exercice.¹⁴

11 Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 (article 60), JORF du 28 juillet 1999

12 Décret n°2004-508 du 8 juin 2004, JORF du 10 juin 2004

13 Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, JORF du 22 décembre 2006

14 (1) avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004 dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier ayant passé une convention avec une université pour participer aux missions d'enseignement et de recherche, (2) justifier de fonctions rémunérées au cours de deux années précédant la publication de la loi sous les statuts d'attaché, faisant fonction d'interne ou infirmier.

Ces dispositions devaient permettre de régulariser les situations des médecins en poste jusqu'à épuisement de leurs droits à se présenter aux épreuves de vérification des connaissances (EVC) et ceci jusqu'au 31 décembre 2011.

Par la suite, la loi de 2012¹⁵ a autorisé les médecins titulaires d'un diplôme hors Union-européenne et recrutés avant le 3 août 2010, à continuer leur exercice jusqu'au 31 décembre 2016 et à se présenter aux épreuves de vérification des connaissances dès lors qu'ils justifient de fonctions rémunérées pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 et de trois ans d'exercice à temps plein lors de leur inscription aux EVC.

Enfin, la loi Montagne de 2016¹⁶ a prolongé l'autorisation d'exercice des médecins recrutés avant le 3 août 2010, titulaires d'un diplôme hors Union-européenne et exerçant au 31 décembre 2016 sous les statuts de praticien attaché associé, d'assistant associé ou de faisant fonction d'interne, jusqu'au 31 décembre 2018.

Les pouvoirs publics ont toujours tenté de réguler l'exercice des médecins à diplôme étranger via de nombreuses actions et réformes entre autorisation, limitation et interdiction. Ces réformes, souvent vécues comme de l'acharnement par les médecins concernés, ont abouti à la création d'organisations syndicales qui ont un rôle primordial dans les échanges avec le gouvernement et l'Ordre des médecins. Elles ont pour mission de travailler à la reconnaissance des médecins à diplôme étranger pour permettre à une grande majorité d'entre eux d'accéder au plein exercice. Ces organisations dont certaines sont, encore aujourd'hui, très actives ont pris la forme :

- du CMDE, Comité des Médecins à Diplôme Étranger, créé à Rennes au début des années 1990. Il dénonce la discrimination salariale et revendique l'intégration des PADHUE au corps médical de droit commun ;
- du METEC, Médecins Étrangers à Titre Extracommunautaire, créé en 1997 dans un hôpital parisien. Cette organisation avait pour volonté de protéger les médecins de la perte de leur emploi et éviter que des médecins algériens perdent leur titre de séjour alors que la guerre civile faisait rage ;
- du SNPAC, Syndicat National des Praticiens Adjoints Contractuels, créé en 1997. Il milite pour l'amélioration des passerelles vers des postes de droit commun à l'hôpital, notamment celui de praticien hospitalier. Il devient la Fédération des Praticiens de Santé (FPS) en 2005 ;

15 Loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012, JORF du 2 février 2012 et décret 2012-659 du 4 mai 2012, JORF du 6 mai 2012

16 Loi n° 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne, article 92

- du SNPADHUE, Syndicat National des Praticiens à Diplôme Hors Union-européenne. Il défend le droit d'exercice de tous les praticiens, qu'ils soient médecins, chirurgiens, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes et milite pour qu'ils puissent bénéficier des mêmes droits que les praticiens à diplôme communautaire.

Fin 2007, alors que leur recrutement est juridiquement interdit depuis 1996, sauf via le statut de praticien adjoint contractuel, les médecins à diplôme étranger étaient près de 14 000 et plus de la moitié avaient été recrutés après 1999¹⁷. Dix ans après, ils occupent encore et toujours des postes vacants dans les hôpitaux et aucune étude ne permet d'en connaître leur nombre exact. Certains n'ont toujours pas régularisé leur situation et, pour avoir échoué trois fois aux épreuves de vérifications des connaissances, ne peuvent plus s'engager dans la procédure d'autorisation d'exercice. Cependant, ils sont toujours indispensables au fonctionnement hospitalier et autorisés à prolonger leur exercice dans les conditions similaires. L'autorisation actuelle est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2018¹⁸. La question se pose de leur devenir après cette échéance. Comment les pouvoirs publics vont-ils faire pour solutionner les différentes situations de ces médecins ? Ils ne peuvent pas arrêter leur exercice sans mettre en péril le système hospitalier. Les établissements publics de santé, plus particulièrement les hôpitaux de proximité, manquent d'attractivité en raison de la nature de leurs activités. Ils ne peuvent pas se passer de cette main d'œuvre formée, compétente et opérationnelle pour fonctionner au quotidien.

Les médecins à diplôme étranger exercent en grande majorité dans les hôpitaux qui doivent assurer leurs missions de service public, de continuité de service et de permanence des soins. A ces missions concourent différentes spécialités et différents statuts :

- les praticiens hospitaliers temps plein ou temps partiel, nommés par le Centre national de gestion ;
- les praticiens contractuels, recrutés par contrat sur des postes restés vacants ou des missions spécifiques. Ils n'ont pas vocation à rester sur ce statut et sont invités à passer le concours de praticiens hospitaliers ;
- les assistants et assistants spécialistes, recrutés par contrat ;
- les attachés, recrutés par contrat et qui sont souvent des médecins qui font des vacations à l'hôpital en plus de leur activité libérale pour garder un contact avec le monde hospitalier ;

17 WOLMARK C. Médecins étrangers : sortir de l'invisibilité. Plein droit. N°92, mars 2012, p. 36-40

18 Loi n°2016-1888 du 28 décembre 2016, JORF du 29 décembre 2016

- les associés, recrutés par contrat sur le statut d'assistant ou de praticien attaché. Ils sont titulaires d'un diplôme obtenu hors de France, qui permet l'exercice de leur profession dans le pays d'obtention. Ils sont placés sous la responsabilité d'un médecin senior et ont un exercice limité, ils ne peuvent pas participer à la permanence des soins ou prescrire ;
- les internes qui sont en formation dans des services hospitaliers agréés ;
- les médecins intérimaires aussi appelés « *les mercenaires* ». Ils sont recrutés pour des missions de courte durée, après mise en relation par des entreprises de travail temporaire. Leur rémunération est nettement supérieure aux contrats et statuts réglementaires. Cet exercice de la médecine est souvent dénoncé et décrié par les médecins statutaires et les chefs d'établissement.

La cohabitation de ces différents statuts médicaux est génératrice de disparités de traitement et d'exercice : les contrats de travail, les rémunérations, les droits et les obligations sont différents. Les hôpitaux doivent composer avec tous ces éléments et fonctionner de façon efficiente, dans un contexte et un environnement en constante évolution et un cadre budgétaire contraint. La dimension managériale médicale est une préoccupation de premier plan car les médecins sont à la base de l'activité hospitalière. L'hôpital est de plus en plus le relais de la médecine de ville, son prolongement mais aussi et souvent sa substitution dans un parcours de soins coordonnés. Les hôpitaux de proximité ne sont pas confrontés aux mêmes difficultés que les hôpitaux universitaires ou les hôpitaux situés en zones urbaines. Pour autant, le recours aux médecins à diplôme étranger et à l'intérim médical est général, bien que dans des proportions inégales. Les différentes actions pour limiter l'impact de la pénurie médicale, avec le développement de la télémédecine ou encore des pratiques avancées pour les personnels paramédicaux sont en développement mais ne peuvent répondre au déficit médical. La pénurie médicale hospitalière, ayant pour conséquence première un nombre important de postes de médicaux hospitaliers vacants, contraignent les établissements au recrutement de médecins à diplôme étranger. Pour cela, des chefs d'établissement n'hésitent pas à transgresser les règles imposées et à aménager la réglementation. La pression financière ne permet pas toujours le recours à l'intérim médical, le recrutement des médecins étrangers est alors le seul et unique moyen d'assurer le fonctionnement de certaines activités hospitalières. Cependant, la réglementation actuelle est stricte et les besoins en personnels médicaux hospitaliers sont supérieurs aux candidats potentiels.

Dans les hôpitaux, les médecins sont tenus de tracer leur activité et de coder les actes. La tarification à l'activité (T2A) a été instaurée par la Loi de financement de la sécurité sociale¹⁹. Si la pénurie médicale se fait largement ressentir dans le secteur de la médecine libérale, elle est toute aussi présente et problématique dans les établissements publics de santé. Les enjeux des déserts médicaux ont des répercussions sur la répartition des médecins sur le territoire et le choix d'exercice salarié ou indépendant. Malgré l'augmentation du *numerus clausus*, depuis les années 1990, de plus en plus de postes hospitaliers restent vacants, faute de candidatures. Ces postes sont alors occupés par les médecins à diplôme étranger, et parfois sans que soient scrupuleusement respectées les règles et procédures de recrutement. La situation actuelle est régie par la nécessité et les pratiques, souvent locales et dépendantes des directions d'établissements. Les pouvoirs publics peinent à trouver une solution pérenne. Sous la contrainte des uns et la pression des autres, ils tendent à laisser prospérer ce que nous pouvons appeler une légalité partielle, confortée par un système de dérogation permanente. Le recrutement des médecins à diplôme étranger, pour pallier les difficultés en matière de démographie médicale hospitalière, est une nécessité et tout particulièrement dans les hôpitaux situés dans les zones dites en tension. Aussi, comment associer les contraintes et obligations qui s'imposent aux hôpitaux et le recrutement des médecins à diplôme étranger tout en respectant les exigences réglementaires et en garantissant les droits de ces derniers.

Les contraintes du système de santé ont indéniablement des répercussions sur l'emploi médical hospitalier (partie 1) et même si le recours aux médecins à diplôme étranger apparaît comme incontournable, il est encadré par une réglementation complexe (partie 2).

¹⁹ Loi LFSS n°2003- 1199 du 18 décembre 2003, JORF du 19 décembre 2003

Première partie : les contraintes du système de santé et leurs répercussions sur l'emploi médical hospitalier

Le 13 octobre 2017, s'exprimant sur le sujet des déserts médicaux, le premier Ministre a rappelé que « *le diagnostic est connu depuis longtemps : il y a de moins en moins de médecins généralistes, du fait du nombre important de départs à la retraite, et ils sont inégalement répartis sur le territoire. Résultat, dans certaines zones rurales mais aussi périurbaines, et même certains centre-ville, l'accès aux soins est plus compliqué* »²⁰. Depuis les années 1980, l'hôpital fait l'objet de réformes continues : nouvelle gouvernance, certification, tarification à l'activité, développement de la traçabilité et de l'informatique. Toutes ces réformes renvoient une image négative de l'hôpital public. Les conditions de travail se dégradent, la perception de la qualité du travail produit n'est plus aussi valorisante pour les professionnels qui dénoncent les contraintes de rythme et de rentabilité, qui ne sont pas les valeurs du service public hospitalier. Le corps médical est impacté par ces changements et les carrières hospitalières ne sont plus attractives pour les nouvelles générations.

L'hôpital est victime des déserts médicaux (chapitre 1) mais aussi d'une organisation peu performante qui porte atteinte à son attractivité et à ses capacités de recrutement (chapitre 2).

Chapitre 1 : les ressources médicales hospitalières contraintes par l'existence des déserts médicaux

Les déserts médicaux résultant des flux migratoires et d'une pénurie de médecins généralistes retentissent sur l'emploi médical hospitalier. Les flux migratoires médicaux expliquent en partie la disparité des ressources sur le territoire (section 1). Cependant, cette pénurie va s'accroître, dans les années à venir en raison notamment des départs en retraite, et va engendrer de fortes répercussions sur l'organisation hospitalière (section 2).

²⁰ Discours de M. le Premier Ministre, Edouard PHILIPPE à Chalus le 13 octobre 2017

Section 1 : Les flux migratoires, variable explicative d'une forte disparité des ressources médicales sur le territoire

Les médecins sont inégalement répartis sur le territoire français. Rappelons, qu'au-delà des choix de vie personnelle qui guident l'installation des médecins (paragraphe 1), les dispositions réglementaires confortent l'exercice privé de la médecine (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Le choix d'exercice de la médecine, guidé par des choix de vie personnels

Les jeunes médecins affichent une volonté de s'installer dans des régions qui offrent des garanties comme un cadre de vie agréable, des effectifs médicaux satisfaisants et des établissements de santé en nombre suffisant pour permettre une certaine fluidité dans la prise en charge des patients. De plus, les modalités d'exercice de la médecine évoluent.

A - Une inégale répartition des médecins sur le territoire

Le nombre de médecins inscrits à l'Ordre professionnel n'a jamais été aussi important. L'étude 2017 du CNOM précise qu'au 1^{er} janvier 2017, ils sont 290 974 inscrits, c'est 15% de plus qu'en 2007. Cependant, on constate que le nombre de médecins qui exercent une activité régulière est en régression. En effet, sur les 290 974 inscrits seuls 197 859 exercent une activité régulière, c'est 10% de moins qu'en 2007. Les autres maintiennent leur inscription pour avoir l'autorisation de prescrire, pour se consacrer à une activité de remplacement ou encore n'exercent pas la médecine. Il convient de mettre ces données en corrélation avec, d'une part la population française qui est passée de 63,6 millions à 66,95 millions d'habitants en 10 ans, soit une augmentation de 5,32% et d'autre part avec l'espérance de vie qui atteint 79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2017²¹. Cette augmentation a un impact sur les pathologies prises en charges notamment celles en lien avec le grand âge qui nécessitent une prise en charge spécifique et consommatrice de temps médical.

Enfin, le nombre de médecins « retraités-actifs » est passé de 6 543 en 2010 à 19 188 en 2017. Ils cumulent emploi-retraite, n'exercent pas à temps complet et privilégient les remplacements de courte durée ou les emplois médicaux à temps partiel, comme la coordination médicale.

21 Sources du Centre d'observation de la société, <http://www.observationsociete.fr>

Les médecins sont inégalement répartis sur le territoire. Leur nombre pour 100 000 habitants est variable selon les départements. En 2016, il est de 421,40 avec la borne haute à Paris (1 080/100 000) et la borne basse pour l'Eure (223/100 000). La cartographie interactive de la démographie médicale du CNOM²² fait apparaître que toutes les régions, hormis l'Île-de-France, sont touchées par la baisse des effectifs médicaux et ceci toutes spécialités médicales confondues. Les régions du sud sont mieux pourvues que les régions du nord. Incités par les aides financières à l'installation, des médecins choisissent l'exercice en zone rurale alors que cela n'était pas leur projet initial. Ils optent, le plus souvent, pour l'intégration à un groupement médical.

La densité médicale autour des grandes villes est beaucoup plus importante que dans les régions rurales. Les médecins privilégient l'installation en zone urbaine et péri-urbaine ainsi que les territoires qui offrent un environnement culturel diversifié et un cadre professionnel structuré. Ils redoutent l'exercice isolé de la médecine et apprécient avoir des structures sanitaires, sociales et médico-sociales à proximité qui contribuent à sécuriser et fluidifier le parcours patient. L'exercice en zone rurale pour les médecins généralistes est jugé difficile en raison du volume de leur patientèle mais aussi de l'investissement social et administratif que l'exercice requiert (prise de rendez-vous auprès de spécialistes, dossiers médico-administratifs, ...)²³. Les aspirations professionnelles et personnelles des médecins se sont modifiées et sont soulevées par la doctrine.

A ce sujet, M-L MOQUET-ANGER définit « *la fracture générationnelle qui s'exprime notamment dans les attentes et les choix des jeunes générations de médecins (...) touche tous les modes d'exercice de la médecine* »²⁴. Les jeunes générations plébiscitent la qualité de vie et la préservation de la vie privée et aspirent à davantage d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée par rapport à leurs aînés. En ce qui concerne les médecins libéraux, ils ont toute liberté dans leur organisation de travail, notamment dans le volume horaire qu'ils consacrent à leur activité de consultations. Ils déterminent le début et la fin de leur journée et leur rémunération est en conséquence. En fonction de l'étendue de la journée de travail, les consultations sont plus ou moins nombreuses et ont un impact direct sur la rémunération. Cependant, certains peuvent ainsi choisir de travailler dans une juste proportion, gagner moins mais se consacrer davantage à leur loisir ou leur famille.

22 Sources du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Consultation sur <https://www.conseil-national.medecin.fr>

23 Entretien un médecin généraliste libéral, Côtes-d'Armor (22)

24 MOQUET-ANGER M-L. Médecins et hôpital. RDSS, 2015, p. 119

B - Des difficultés liées à la féminisation et à la réduction du temps de travail

Avec le rajeunissement et la féminisation de la profession, l'exercice de la médecine, et notamment de la médecine libérale, se modifie. Entre 2007 et 2017, le pourcentage de femmes en activité régulière est passé de 38 à 47%. Si la moyenne d'âge médicale passe en dix ans de 50 à 51,2 ans, pour autant le nombre de médecins de moins de 40 ans augmente (de 14 à 20%)²⁵. La féminisation et le début de rajeunissement des médecins ont des répercussions sur l'organisation de la profession et sur la manière d'exercer. Ce paramètre n'est pas pris en compte à sa juste valeur. En 2014, A. LECAT parle de « (...) *la métamorphose de la démographie et de l'activité médicale. Dans les années 60, ces professionnels de santé étaient à 90% des hommes qui travaillaient 60 heures par semaine, 48 semaines par an. Aujourd'hui, la moitié des médecins seraient des femmes qui travaillent 35 heures par semaine, moins de 44 semaines par an* »²⁶. Les femmes recherchent un juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée, notamment avec le désir de maternité et l'éducation des enfants. Elles s'associent plus volontiers en cabinet, avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux et n'hésitent pas à exercer à temps partiel. En outre, les modalités d'exercice évoluent. De plus en plus de médecins libéraux fonctionnent sur rendez-vous. Les plages de consultations libres sont volontairement restreintes, elles engendrent des salles d'attente qui ne désemplissent pas et des journées sans fin contre lesquelles la profession lutte.

La société dite « du temps libre » touche toutes les catégories professionnelles, même les métiers pour lesquels la vocation semblait de mise. Selon M-L. MOQUET-ANGER « *les jeunes médecins acceptent de plus en plus difficilement les conditions de travail qui étaient celles de leurs aînés (...)* »²⁷. La diminution du temps de travail et la généralisation des 35 heures hebdomadaires, dans les années 2000, a eu un impact sur l'activité médicale tant libérale que salariée. Auparavant, les médecins libéraux avaient tendance à ne prendre des congés qu'après avoir trouvé un remplaçant. Il est rare aujourd'hui, notamment dans les zones rurales, que le médecin généraliste soit remplacé pendant ses absences. Les difficultés pour trouver un remplaçant se sont accrues et pour prendre des congés, les médecins libéraux ferment leur cabinet. Ils invitent leur patientèle à anticiper les renouvellements d'ordonnances, à s'adresser aux éventuels confrères ou encore à composer le 15 en cas d'urgence.

25 Atlas National du CNOM 2017, consultable sur le site : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

26 LECA A. Le numerus clausus médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes. RGDM, n°51, juin 2014, p. 187-194

27 MOQUET-ANGER M-L. Médecins et hôpital. RDSS, 2015, p. 119

D'un point de vue général, ils redoutent les difficultés de remplacement et les impacts que cela génère telle que la charge de travail accrue à leur retour²⁸.

La diminution du temps de travail hebdomadaire a eu son application dans les hôpitaux, apportant aux médecins hospitaliers le bénéfice de vingt jours de congés au titre de la réduction du temps de travail (RTT)²⁹. Cependant, les effectifs médicaux et les nécessités de service ne permettent pas aux médecins de jouir de tous ces droits statutaires. Ils ont la possibilité d'épargner les jours non pris sur des comptes épargne temps (CET), qui pèsent lourdement sur les finances des établissements publics. Le temps de travail des médecins hospitaliers est décompté soit à la demi-journée (sans que la durée n'en soit déterminée par la réglementation) soit sur le principe du temps continu (dans les services où la présence médicale est nécessaire 24h/24). Le temps de travail hebdomadaire médical ne doit pas excéder 48 heures, cependant et pour la profession c'est trop.

En 2014, un protocole d'accord a modifié les modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'Urgences-SAMU-SMUR et a fixé les obligations de service à 39 heures hebdomadaires³⁰ pour le travail clinique posté. Cet accord était néanmoins postérieur à des décisions locales. Certains chefs d'établissement, pour renforcer l'attractivité, avaient validé des organisations en 39 ou 42 heures hebdomadaires. L'organisation en 48 heures hebdomadaires était déjà génératrice de temps de travail supplémentaire. La réduction du temps de travail hebdomadaire a, par conséquent, augmenté le nombre de postes médicaux nécessaires au fonctionnement des services. L'absence de candidatures pour permettre de compléter les équipes a augmenté le recours au remplacement, notamment à l'intérim médical et aux contrats de courte durée. On peut comprendre que les médecins, salariés, souhaitent réduire leur temps de travail afin de l'ajuster sur le droit commun. La pénurie médicale hospitalière oblige les médecins en poste à travailler toujours plus et à générer du temps de travail additionnel, parfois au-delà du raisonnable. Les mesures mises en place pour réduire le temps de présence des médecins ont aggravé la situation en matière de recrutement médical. En résumé, les hôpitaux paient du temps de travail additionnel aux médecins en poste et ont un recours plus important à l'intérim médical. Cette réforme pèse sur les finances des établissements et in fine sur le contribuable

28 Entretien un médecin généraliste libéral, Côtes-d'Armor (22)

29 Décret n°2005-1422 du 17 novembre 2005, JORF du 18 novembre 2005

30 Instruction n°DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR

Paragraphe 2 : Une réglementation confortant un choix d'exercice privé de la médecine

La liberté d'installation peut expliquer les disparités territoriales. Néanmoins et même si la carrière libérale attire davantage que le salariat. Les jeunes générations sont amenées à reconsidérer leur mode d'exercice.

A - La liberté d'installation, fer de lance de la disparité territoriale

L'inégale répartition des médecins sur le territoire peut remettre en question l'accès aux soins. Si la liberté d'installation des médecins est un droit revendiqué depuis toujours par la profession, c'est un sujet largement discuté et récurrent dans l'actualité. Dans les années 2000, le rapport Poltron préconise « *l'instauration d'une obligation de service en début de carrière dans les zones mal desservies. Bien que les principes de la médecine libérale soient encore fortement ancrés dans la culture médicale, l'ambivalence d'un statut d'indépendant totalement solvabilisé par l'assurance maladie est évidente pour tous. On pourrait franchir un pas de plus et considérer que l'obligation d'exercer quelques années dans des zones insuffisamment desservies (que ce soit sous statut libéral ou statut salarié) peut être conçue comme une obligation de service public qui n'est pas scandaleuse dans un système où les financements sont socialisés*³¹ ».

Cela illustre une prise de conscience et le fait que ce droit limite les marges de manœuvre. D'ailleurs depuis, un autre rapport de la Cour des comptes portant sur « *l'avenir de l'assurance maladie* »³² parle à son tour de la liberté d'installation. Il préconise, pour mettre fin aux déserts médicaux, de mieux réguler l'installation des médecins et de mettre en place un conventionnement sélectif. C'est-à-dire qu'un médecin qui s'installerait dans une zone bien dotée n'aurait pas la possibilité de conventionner avec l'assurance maladie pour permettre aux patients le remboursement des honoraires sur les tarifs de l'assurance maladie.

Les pouvoirs publics ne se sont jamais saisis des propositions ou des remarques émises pour revenir sur cet acquis. Si les pharmacies sont assujetties à une autorisation d'ouverture, il en est bien autrement pour les cabinets médicaux, le parallélisme des formes ne s'applique pas. Les gouvernements successifs ont toujours reculé devant l'idée de mesures coercitives affichant vouloir privilégier les mesures incitatives.

31 Rapport POLTRON. Quel système de santé à l'horizon 2020. Octobre 2000, page 212

32 Rapport de la Cour des comptes. L'avenir de l'assurance maladie. 29 novembre 2017

En 2011, la loi dite FOURCADE³³ réaffirme le principe de la liberté d'installation des professionnels de santé et fait réagir P. VERON³⁴ « *Champagne au conseil national de l'Ordre des médecins ! Le principe de la liberté d'installation est désormais formellement inscrit dans la loi (...). A une époque où la lutte contre la désertification médicale constitue un impératif prioritaire, cette prise de position tranchée du législateur semble plus répondre à des intérêts corporatistes qu'à des considérations d'intérêt général. (...) si le problème de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national, ne se réduit pas, loin s'en faut à la question de la liberté d'installation des professionnels libéraux, cette dernière constitue toutefois un enjeu non négligeable. La médecine libérale assure en effet aujourd'hui une grande partie des soins en ambulatoire, en particulier des soins de premier recours* ». Les professionnels de santé défendent ce droit, même s'il impacte l'accès aux soins et que l'offre dans certaines régions n'est pas en adéquation avec les besoins de la population, il n'y a pas de volonté de faire corrélérer l'offre à la demande. D'ailleurs, en 2017, le Premier Ministre a rappelé que le gouvernement voulait privilégier « *la persuasion à la force, l'incitation à la coercition (...), ne voulant ni ordonner, ni obliger mais inciter et donner envie car dans tous les pays européens qui l'ont tentée, la voie coercitive a été un échec* ». ³⁵

B - Un exercice libéral attrayant

La liberté d'installation n'est pas le seul atout qui incite les médecins à exercer en libéral. Même si, au cours de ces dernières années, le salariat est un mode d'exercice qui se développe, pour autant l'installation en libéral reste privilégiée. En effet, les médecins travaillent en toute indépendance et ne sont ni intégrés ni liés à un système hospitalier, qu'ils jugent contraignant³⁶. Leur souhait de travailler en équipe s'est renforcé. Ils sont de plus en plus nombreux à travailler en maison de santé qui offre un exercice libéral indépendant et une possible prise en charge pluri-professionnelle. Les médecins plébiscitent l'exercice libre et détaché d'obligations hiérarchiques et institutionnelles, tout en ayant la sécurité de pouvoir appuyer leurs prises en charge sur d'autres professionnels. De plus, dans les hôpitaux on remarque bien souvent un clivage entre les généralistes et les spécialistes. Cela ne favorise pas les généralistes à intégrer des équipes hospitalières. Pour en avoir échangé avec un médecin généraliste libéral³⁷, le carcan du salariat et des établissements publics de santé n'est pas toujours bien perçu.

33 Loi dite FOURCADE n°2011-940 du 10 août 2011, JORF du 11 août 2011.

34 VERON P. Pas touche à ma liberté d'installation ou j'te Fourcade ! RDS, n° 44, 2011, p. 591-592

35 Discours de M. le Premier Ministre Edouard PHILIPPE à Chalus le 13 octobre 2017

36 Entretien avec un médecin généraliste libéral, banlieue de Rennes (35)

37 Entretien avec un médecin généraliste libéral, banlieue de Rennes (35)

Le médecin hospitalier est vu comme un professionnel devant gérer des situations complexes, avec une dimension sociale importante et assurer la continuité des soins. En effet, le fait de devoir trouver des solutions de prise en charge en relais d'une hospitalisation ne relève pas du rôle médical, selon les médecins. Ils souhaitent se consacrer à l'exercice de leur art et ne pas perdre leur temps dans des tâches à caractère social et administratif. De plus, les médecins libéraux quand ils ne peuvent pas assurer une prise en charge adaptée, ont tendance à envoyer leurs patients à l'hôpital.

« *La médecine est un art, son exercice est un commerce mais dans le sens commercial du terme* »³⁸. Ce médecin veut dire que son cabinet libéral doit être suffisamment rentable pour en extraire, à la fois une rémunération personnelle et faire face aux frais de fonctionnement. L'exercice libéral repose, financièrement, sur la relation médecin-patient. Dans la majeure partie des cas, les frais de consultation sont payés directement par le patient au médecin.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, le tiers payant intégral est proposé aux patients qui disposent de l'aide au paiement d'une complémentaire santé³⁹. Les tarifs des consultations sont différents, d'une part selon l'âge du patient et/ou la nature de la consultation et d'autre part selon la qualification du médecin (généraliste ou spécialiste).

Les médecins libéraux généralistes appliquent, majoritairement, les tarifs conventionnés et validés par la sécurité sociale avec laquelle ils ont signé une convention, permettant aux patients un remboursement intégral de la part prise en charge par cet organisme. Les dépassements d'honoraires concernent davantage les spécialistes. Les professionnels qui pratiquent des honoraires libres exercent en secteur deux et doivent, d'après le Code de déontologie, fixer leurs honoraires, avec « *tact et mesure* »⁴⁰. Cependant, les dépassements d'honoraires peuvent représenter un frein pour les patients qui ne peuvent les supporter. Dans certaines régions, les honoraires libres deviennent la règle et représentent alors un véritable obstacle à l'accès aux soins. Les honoraires libres sont, pour le professionnel, la garantie d'une clientèle « sélectionnée ». Les patients qui acceptent de payer ces dépassements ont les moyens financiers, mais sont aussi plus exigeants tant dans la qualité que dans le résultat des soins dispensés. Nous pouvons rappeler que les médecins ont une obligation de moyens et pas de résultat.

38 Entretien avec un médecin généraliste libéral, Côtes-d'Armor (22)

39 Décret n°2015-770 du 29 juin 2015, JORF du 30 juin 2015.

40 Article 53 du Code de déontologie ; article R.4127-53 du CSP

Section 2 : La pénurie de médecins généralistes répercutée sur l'organisation hospitalière

La baisse préoccupante du nombre de médecins généralistes se fait ressentir à plus forte raison dans les zones rurales, qui manquent d'attractivité (paragraphe 1). Cela a pour conséquence l'augmentation de la fréquentation des hôpitaux, surtout lorsqu'ils offrent une prise en charge de premiers recours (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une baisse préoccupante des effectifs de médecins généralistes résultant d'un différentiel d'attractivité entre territoires

Le nombre de médecins généralistes a baissé de 9% entre 2007 et 2017, ce qui préoccupe les pouvoirs publics, les collectivités territoriales et les usagers. Sur la même période, les flux migratoires médicaux, venant de toute l'Europe, sont plus importants. Mais viennent-ils combler le déficit médical ?

A - Un manque d'attractivité multifactoriel

Le déficit des médecins généralistes touche toutes les régions du territoire (hormis l'Île-de-France), alors que la population ne cesse d'augmenter et nécessite une prise en charge accrue. Les régions les plus impactées par la raréfaction médicale souffrent également d'autres carences. Les zones en tension médicale ne le sont pas uniquement sur la question de l'accès aux soins. Les populations y sont souvent plus fragilisées avec un accès à l'emploi plus difficile, faisant naître des situations sociales en conséquence. D'autres facteurs entrent en ligne de compte, tels que les facteurs socio-économiques (réseau de télécommunication, aménagement du territoire, couverture numérique, ...) et culturels (religion et croyances, accès à la culture). A. MALONE souligne que « *les populations en milieu rural font face à des problématiques de santé spécifiques : populations âgées, souvent seules, forte prévalence des « pathologies du désespoir » que sont l'alcoolisme, le suicide et les problèmes de santé mentale. (...) parallèlement ces zones sont en priorité touchées par ce que nous désignons communément la « désertification médicale », soit la disparition progressive des cabinets de médecins généralistes* »⁴¹. La consommation de soins peut être mise en corrélation avec les indicateurs sociaux tels que l'emploi, les revenus moyens, la couverture sociale.

41 MALONE A. Un nouveau modèle pour les urgences rurales. RHF. Novembre-Décembre 2017, p. 6-7

Tous ces facteurs sont déterminants dans l'installation des professionnels de santé qui ne souhaitent pas s'installer dans des zones défavorisées. Elles sont synonymes pour eux d'une charge de travail et d'un investissement conséquents, qu'ils ne pourront assumer sereinement.

Le manque d'attractivité de certaines régions inquiète les élus locaux. Ils ont conscience que le critère d'accès aux soins est largement pris en compte par la population et détermine le lieu d'habitation. Dans cette optique, les élus sont force de proposition et tendent à favoriser l'installation de professionnels de santé dans leur collectivité. Différentes actions sont avancées, entre maillage territorial et accompagnement à l'installation. Certaines collectivités proposent, la mise à disposition d'un cabinet et parfois d'un logement. Cependant, toutes ces actions ne suffisent pas à attirer les médecins et le recrutement reste très difficile.

On peut évoquer ici l'initiative d'un maire et d'un médecin généraliste de la commune de La Roche-Derrien, située dans les Côtes-d'Armor. En mars 2016, le Maire avait annoncé dans la presse locale le recrutement d'un druide par la commune, faute de médecin. Ce canular, rapidement dévoilé et médiatisé, a donné place à un film-documentaire : « *Le maire, le druide et le toubib* »⁴² mettant en exergue la problématique d'attractivité de communes situées en zone rurale. Les collectivités territoriales, depuis plusieurs années, investissent dans les maisons de santé, inscrites à l'article L. 6323-1 du Code de la santé publique. Ces structures regroupent des professionnels libéraux médicaux et paramédicaux (médecins, dentistes, infirmiers, diététiciens). Ce dispositif de soins de ville permet un accès aux soins facilité pour la population. Le regroupement de professionnels, permettant le partage des frais de fonctionnement tels que les coûts administratifs et d'entretien, est une nouvelle façon d'exercer en libéral et en équipe pluri-professionnelle. C'est un mode d'exercice plébiscité par les jeunes générations surtout dans les zones sous-médicalisées ou en tension.

B - La place des médecins à diplôme étranger dans la médecine libérale questionnée

A la suite de l'étude dirigée par le CNOM en 2017⁴³, relative aux flux migratoires des médecins diplômés hors de France, on constate une augmentation des inscriptions de ces médecins à l'Ordre. Ainsi, au 1^{er} janvier 2017, ils sont 22 619 inscrits soit une augmentation de 90% entre 2007 et 2017.

Cette augmentation coïncide avec l'entrée de la Roumanie dans l'Union-européenne, en 2007, car 42% des médecins à diplôme européen sont originaires de ce pays.

42 Le Maire, le Druides et le Toubib. Documentaire réalisé en 2017. D. DESILLE et F. LOSSENT.

43 Atlas National du CNOM 2017, consultable sur le site : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

Certains médecins, diplômés en Roumanie, exerçaient déjà en France et avaient passé les épreuves de vérification des connaissances de la procédure d'autorisation d'exercice ou tenté le concours du PAC, parfois sans succès. Ces chiffres reflètent avant tout des régularisations en lien avec les dispositions applicables au sein de l'espace européen rendant plus facile les démarches d'autorisation de plein exercice.

Il apparaît que les médecins diplômés hors de France privilégient l'exercice salarié au libéral. En effet, ils sont 62% à être salariés. Cependant, quand ils choisissent d'exercer en libéral, ils ne privilégient pas les zones déficitaires et on ne peut pas affirmer qu'ils viennent « *au secours des campagnes* »⁴⁴. La doctrine évoque, déjà en 2012, que de nombreux praticiens étrangers installés en libéral seraient en échec professionnel avec l'exemple de deux communes qui ont accueilli des médecins roumains : « *les médecins sont repartis au bout de quelques mois, ce qui est très décevant pour les municipalités qui avaient mis tout en œuvre pour faciliter leur intégration* »⁴⁵.

L'explication, avancée par une représentante de l'Ordre professionnel, réside dans le déficit d'activité que les médecins étrangers peuvent rencontrer dans les petites communes. En effet, l'exercice de la médecine dans un pays étranger et surtout en milieu rural n'est pas évident. Les professionnels peuvent éprouver des difficultés à s'installer, s'intégrer et à développer leur patientèle. Le tissu économique et social est tout aussi important pour ces médecins qui ont des aspirations, personnelles et professionnelles, similaires à leurs pairs. Ils recherchent, avant tout, l'intégration et choisissent pour cela, en priorité, les grandes villes. L'intégration est plus facile en zone urbaine en raison du caractère impersonnel du mode de vie citadin et du brassage ethnique plus important. Les médecins à diplôme étranger sont nombreux à avoir exercé dans les hôpitaux avant d'obtenir le plein exercice. Par conséquent, « *ils en maîtrisent les composantes, les procédures et rouages organisationnels. C'est ici qu'ils ont tissé le réseau relationnel, support qui permettra éventuellement mobilité et avancement professionnel* »⁴⁶.

Pour eux, l'attrait des carrières hospitalières est indiscutable.

De plus, l'exercice libéral représente une prise de risques et un investissement personnel et financier conséquent (notamment pour certaines spécialités) et ils ne souhaitent pas s'y engager.

44 BONTRON J-C., VOISIN L. Les médecins étrangers au secours des campagnes ? Revue Pour, n°214. 2012, p. 139-142

45 BONTRON J-C., VOISIN L. Les médecins étrangers au secours des campagnes ? Revue Pour, n°214. 2012, p. 139-142

46 C. FIFATEN HOUNSOU. En quête du métier de médecins : immigrations de professionnels de santé ouest-africain en France. Revue Hommes et migrations. 2014, p. 104-114.

Paragraphe 2 : Une pénurie déléguant aux hôpitaux la charge des soins primaires et aux professionnels de santé de nouvelles missions

La pénurie des médecins généralistes amène les hôpitaux à renforcer leur présence dans la prise en charge des patients qui relèvent de la médecine libérale. Cette situation contraint les pouvoirs publics à favoriser l'innovation en matière de prise en charge.

A - Un renforcement de la prise en charge de l'ambulatoire par les hôpitaux

La permanence des soins en ambulatoire (PDSA) a connu des évolutions dont une importante avec la création des maisons médicales de garde. Cette réforme est consécutive à un mouvement de grève des médecins généralistes, en 2001, faisant état de leurs conditions de travail en la matière. En effet, les astreintes soir et week-end et les déplacements représentaient une contrainte forte. En 2003, l'article 77 du Code de déontologie est modifié⁴⁷ et le décret du 15 septembre 2003⁴⁸, qui pose de nouvelles dispositions pour la PDSA et instaure le principe du volontariat pour la participation des médecins. La maison médicale de garde (MMG) relève d'une initiative d'association de médecins libéraux qui participent à la permanence des soins. En 2005, celle du secteur de Paimpol voit le jour, elle regroupe 3 cantons. Auparavant, chaque canton avait un médecin généraliste d'astreinte. Cette délimitation géographique, plus étendue, permet d'augmenter l'effectif médical concerné. Sur le secteur de Paimpol, seuls treize médecins libéraux sur trente acceptent de participer au fonctionnement de la maison médicale de garde, à tour de rôle. En pratique, les médecins ne sont plus d'astreinte à leur domicile, ils vont exercer dans les locaux de la MMG et ce sont les patients qui se déplacent. C'est le principe d'un cabinet médical déporté. Les patients peuvent y venir de leur propre initiative ou y être adressés par les centres de régulation médicale, les centres 15.

Depuis sa création, la MMG du secteur de Paimpol est adossée au centre hospitalier, elle est d'ailleurs hébergée dans ses locaux. Une convention, signée entre le centre hospitalier et le coordonnateur médical de la MMG en précise les horaires, les modalités de mise à disposition des locaux ainsi que le partenariat entre les médecins urgentistes hospitaliers et les médecins généralistes libéraux. La présence de la MMG dans les locaux de l'hôpital permet un partage de l'activité. Les médecins libéraux assurent l'activité diurne du samedi après-midi et du dimanche, le service des urgences hospitalières prend en charge l'activité nocturne, toute l'année.

47 Décret 2003-881 du 15 septembre 2003, JORF du 16 septembre 2003

48 Décret 2003-880 du 15 septembre 2003, JORF du 16 septembre 2003

La rémunération des consultations est attractive pour les médecins libéraux (51€ la consultation) qui peuvent ainsi percevoir jusqu'à 3000€ pour le week-end⁴⁹. Au niveau du centre hospitalier, l'activité de la MMG contribue à l'activité hospitalière, les passages aux urgences sont comptabilisés dans l'activité du service et participent au maintien de ce dernier. Cependant, la raréfaction des médecins généralistes et les départs massifs en retraite attendus mettent en péril ce mode de fonctionnement. L'hôpital, particulièrement le service des urgences, devient la garantie indispensable au maintien de la permanence des soins sur un territoire de santé. Les urgences hospitalières sont au cœur des relations ville-hôpital et permettent de fluidifier le parcours patient.

Les maisons médicales de garde ont allégé le poids de la permanence des soins de l'ambulatoire pour les médecins généralistes et, au contraire, impacté fortement les services d'urgence. Les médecins urgentistes jugent que certaines prises en charge relèvent davantage de la médecine de proximité que de la médecine d'urgence. Cependant, faute de consultations médicales auprès d'un généraliste, des patients se présentent aux urgences et c'est cela qui est désorganisant. Le rapport de la Cour des comptes de novembre 2017⁵⁰ souligne d'ailleurs ce point et préconise l'ouverture le soir et le week-end des cabinets libéraux pour désengorger les hôpitaux. Il avance la possibilité d'obliger les médecins libéraux à étendre leurs horaires d'ouverture pour assurer une permanence des soins, le soir et le week-end, et dispenser des consultations urgentes, sans toutefois relever d'un service d'urgences hospitalier. Autre préconisation du rapport, celle de conditionner une partie de la rémunération des médecins libéraux au développement de cette permanence des soins. Parallèlement et pour les services hospitaliers, la Cour des Comptes évoque la mise en place d'une régulation médicale, indépendante, avec pour objectif d'orienter ou réorienter les patients.

Ces dispositions rejoignent le rapport sur « la territorialisation sur l'activité des urgences » de J-Y. GRALL⁵¹. Ce médecin, à l'époque directeur général de l'ARS du Nord-Pas-de-Calais, propose l'intégration de médecins généralistes dans les services d'urgences hospitalières. Ils peuvent ainsi examiner les patients qui ne relèvent pas de l'urgence, laissant à l'urgentiste la prise en charge des patients dont l'état de santé est préoccupant et qui doivent être examinés sans tarder.

49 Entretien un médecin généraliste libéral, coordonnateur d'une MMG, Côtes d'Armor (22)

50 Rapport de la Cour des comptes. L'avenir de l'assurance maladie. 29 novembre 2017

51 Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, Dr J-Y. GRALL, juillet 2015

Un hôpital de proximité situé dans les Côtes-d'Armor et qui rencontre des difficultés importantes en matière de recrutement médical, notamment pour les urgentistes, applique ce dispositif depuis 2016. C'est un établissement qui n'a plus d'activité chirurgicale, depuis 2011, mais qui a conservé son plateau technique avec le service d'urgences, l'imagerie médicale et la biologie médicale.

Deux médecins généralistes sont intégrés à l'équipe médicale des urgences. Leur présence permet de garantir la continuité de service et de diminuer le recours à l'intérim médical. L'un est praticien contractuel, l'autre est praticien attaché associé/PADHUE et engagé dans la PAE. Cette organisation contribue au maintien de l'intégralité des services pour l'hôpital et pour la population, à savoir le service d'accueil des urgences H24 et le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

B - De nouvelles prises en charge visant à contrer la pénurie médicale

Face à la pénurie médicale, et surtout pour contrer les difficultés de recrutement de certaines spécialités, les hôpitaux s'organisent. Dans les établissements de proximité, le recrutement de spécialistes à temps complet ne se justifie pas systématiquement. Toutefois, les consultations de spécialistes sont indispensables à une bonne prise en charge pluri-pathologique. La télémédecine, qui est selon l'article L.6316-1 du CSP « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* », se développe et permet de limiter le déplacement des professionnels et des patients. Grâce aux nouvelles technologies, elle est adaptée notamment pour la prise en charge des plaies chroniques et complexes ou la dermatologie. Le protocole de soins et de consultation est encadré. Le patient est pris en charge dans un service hospitalier de court ou long séjour ou encore dans le cadre d'une consultation externe. Il est entouré de professionnels médicaux et paramédicaux, formés à la spécialité. Le spécialiste donne son avis à distance ou lors d'une consultation interactive. Cependant, ce procédé - largement encouragé par les pouvoirs publics et financièrement soutenu par les ARS - ne peut s'appliquer à toutes les spécialités car l'examen du patient n'est pas possible dans les conditions classiques.

Autre modalité d'hospitalisation qui tend à se développer : l'ambulatoire. Le patient est hospitalisé sur la journée. En limitant son temps de présence à l'hôpital, on rationalise et on génère des économies sur les frais de séjour hospitalier. Le plan triennal de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) déployé entre 2015 et 2017 visait une évolution structurelle du système de santé.

Le plan d'économies de 10 milliards d'euros engageait les hôpitaux à « *concrétiser le virage ambulatoire pour adapter les prises en charge en établissement et en ville* ».

Les nouvelles technologies médicales permettent maintenant de limiter le temps d'hospitalisation. C'est le cas des prothèses de hanche qui sont, dans certains établissements, opérées en ambulatoire alors que cet acte nécessitait, il y a encore quelques années, plusieurs jours d'hospitalisation.

Cependant, ces nouvelles prises en soins ne sont pas plébiscitées par tous et l'opinion publique y voit souvent un désengagement des pouvoirs publics dans les questions d'accessibilité aux soins pour la population. Ainsi, dans le département des Côtes-d'Armor, un comité de soutien d'un établissement public de santé a fait voter auprès de 66 communes une motion qui s'oppose au développement de la télémédecine et à l'hospitalisation en ambulatoire. Leur crainte réside essentiellement dans le fait que les établissements puissent perdre, à la fois des autorisations d'activités et soient contraints de se réorganiser et des compétences et emplois hospitaliers.

Les déserts médicaux ont des répercussions sur les hôpitaux, qui rencontrent des difficultés, de plus en plus importantes, à pourvoir les postes médicaux nécessaires à leur fonctionnement. Malgré les tentatives pour s'organiser de manière différente et s'adapter, le centre national de gestion, en juillet 2017, publie de nouveaux chiffres qui confirment la pénurie médicale dans les établissements publics. Ainsi, c'est 27,4% des postes de praticien hospitalier temps plein qui sont vacants et 47% des postes de praticien hospitalier temps partiel. L'organisation hospitalière est consommatrice de temps médical, l'offre de soins n'est pas toujours adaptée aux besoins des populations et ainsi, sous l'impulsion des ARS, tend à se territorialiser.

Chapitre 2 : Une organisation hospitalière renforçant les difficultés à pourvoir les postes médicaux

L'organisation hospitalière actuelle, porte les valeurs du service public (section 1). Cependant, les hôpitaux souffrent de plus en plus de leur manque d'attractivité, ce qui engendre des difficultés croissantes de recrutement pour le personnel médical (section 2).

Section 1 : Les missions de service public comme valeurs fondatrices de l'hôpital

Les hôpitaux doivent assurer leurs missions et obligations de service public. Ils déploient, pour cela, des organisations médicales dans lesquelles les médecins à diplôme étranger ont, par la force des choses, trouvé leur place (paragraphe 1). Cependant, les obligations pèsent lourdement sur les établissements publics de santé (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La nécessité d'assurer les missions et obligations du service public hospitalier incitant l'intégration des médecins à diplôme étranger

Les missions du service public hospitalier, au nombre de quatorze, ont été définies par la loi HPST⁵². Elles sont codifiées au Code de la santé publique à l'article L. 6112-1. Afin de remplir ses missions et de garantir les obligations de service public, que sont l'égalité (d'accès aux soins), la neutralité, la continuité (de service), la mutabilité et l'accessibilité (aux soins), les hôpitaux ont tout intérêt à pourvoir les postes médicaux.

A - Le concours des médecins étrangers au service public hospitalier

L'article L 1110-1 du Code de la santé publique énonce que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

52 Loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire), JORF du 22 juillet 2009

Partant du constat qu'environ 8% de la population française fait face à une situation de faible accessibilité aux soins⁵³, les pouvoirs publics ont mis en place un « plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires ». Il apporte des réponses adaptées et appropriées, en fonction du territoire de santé, à la population. Les acteurs concernés sont les agences régionales de santé mais aussi les acteurs locaux comme les collectivités. Il s'agit d'améliorer les relations ville-hôpital pour optimiser la prise en charge et le parcours patient. Les difficultés d'accès aux soins sont multifactorielles et s'expliquent, comme nous l'avons évoqué précédemment, en partie par la démographie médicale, le vieillissement de la population et les nouvelles pathologies mais aussi, par les aspirations des professionnels de santé et les modalités d'exercice qu'ils souhaitent privilégier lors de leur installation.

Selon M-L. MOQUET-ANGER « *actuellement, le nombre de postes vacants en personnel médical temps plein et temps partiel (...) est important dans beaucoup d'établissements publics, particulièrement dans les centres hospitaliers (...), et cela dans de nombreuses spécialités. Cette situation peut potentiellement générer plusieurs risques parmi lesquels la détérioration de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins et par voie de conséquences conduire à des décisions de suspension ou de retrait de l'autorisation d'activités* »⁵⁴. Face au besoin de maintenir les activités de soins à un niveau de rentabilité suffisant assurant la pérennité de l'établissement et aux contraintes budgétaires toujours plus importantes, l'enjeu pour les hôpitaux est d'assurer le plein emploi médical. Les hôpitaux ont ainsi recours au recrutement des médecins à diplôme étranger, dont la présence est devenue au fil des années incontournable. S'assurer que les postes médicaux sont pourvus afin de garantir un niveau d'activité suffisant est une préoccupation constante des chefs d'établissement, les médecins étant à la base de l'activité hospitalière.

B - Le concours des médecins étrangers à la qualité des soins

L'article L. 6113-3 du Code de la santé publique pose le principe de l'amélioration continue et de la sécurité des soins. Depuis 2008, la Haute autorité de santé (HAS) s'engage, avec le Ministère de la santé, aux côtés des établissements dans la certification. Ainsi, qualité et sécurité des soins sont au cœur de la prise en charge hospitalière. Des indicateurs, de qualité et de sécurité des soins, sont en place et permettent de contribuer à l'amélioration continue en la matière.

53 Sources ARS Santé sur <https://www.ars.sante.fr/le-plan-pour-renforcer-laces-territorial-aux-soins>

54 MOQUET-ANGER M-L. Médecins et hôpital. RDSS, 2015, p. 119

Cependant et au-delà de servir la procédure de certification, ces indicateurs sont des outils d'aide à la décision et de pilotage. La certification concerne l'ensemble des professionnels des établissements et repose bien entendu également sur le corps médical. Les médecins sont très largement sollicités et impliqués dans la qualité et la sécurité des soins, via la commission médicale d'établissement. Les questions de qualité ne fédèrent pas toujours les équipes médicales, qui les jugent fastidieuses et administratives, mais pourtant elles s'imposent à tous les professionnels et ne peuvent être garanties sans leur concours.

Les médecins sont soumis à une obligation de formation et la loi du 21 juillet 2009⁵⁵ a instauré, en lieu et place de la formation médicale continue, le développement professionnel continu dit DPC. L'article L. 4021-1 du Code de la santé publique précise que « *le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé* ». Les médecins doivent donc s'engager dans une politique d'amélioration continue de la qualité des soins et de leurs compétences. D'ailleurs, le Code de déontologie médicale précise que « *dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents* »⁵⁶. Ainsi le médecin est tenu de s'informer des progrès de la médecine pour exercer son art, c'est une exigence de la morale professionnelle. Cependant, cette obligation est de plus en plus difficile à satisfaire en raison des avancées de la médecine. La compétence nécessite une évaluation régulière. Même si les médecins à diplôme étranger n'ont pas la plénitude d'exercice, ils sont soumis à des exigences professionnelles qui sont similaires à leurs pairs. Les hôpitaux financent leur formation avec des enveloppes de formations dédiées, permettant aux médecins de conforter et compléter leurs connaissances et leurs pratiques. Pour les hôpitaux, la formation représente un véritable levier de recrutement et rend les postes plus attractifs, le bénéfice est double. D'une part, le médecin qui est recruté s'engage à exercer pendant toute la durée de la formation et même si ce n'est pas contractualisé, cela découle bien souvent d'une entente préalable à l'embauche.

D'autre part, cela contribue à l'amélioration continue de la qualité. Les médecins à diplôme étranger, apportent une véritable plus-value dans les équipes avec un regard neuf et différent avec leur culture et leur formation.

55 Loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire), JORF du 22 juillet 2009

56 Article R 4127-32 du CPS

Ils parlent souvent plusieurs langues et sont sollicités comme traducteurs auprès des patients. Ils favorisent la prise en charge des patients d'origine différente, surtout dans les zones touristiques. Ils constituent en cela une ressource précieuse.

Paragraphe 2 : Des obligations qui s'imposent avant tout aux établissements publics de santé

A - Un poids important de la formation des pairs dans le fonctionnement hospitalier

Les établissements de santé forment les internes en médecine qui « *exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont ils relèvent* »⁵⁷. A partir de la quatrième année, ils sont externes dans les centres hospitaliers universitaires et partagent leurs journées entre enseignement et activité hospitalière. A partir de la septième année, ils sont internes. Ils ne sont pas encore médecins, ce sont des professionnels en formation avec une délégation. Ils prennent en charge des patients, mais n'ont pas le plein exercice et doivent travailler sous la responsabilité d'un médecin senior. Ils ne peuvent pas exercer toutes les missions dévolues au médecin en particulier des certificats, attestations et documents dont la production est encadrée par la réglementation⁵⁸.

L'engagement nécessaire pour accueillir des internes est encadré par des agréments, attribués par les facultés de médecine. Pour les hôpitaux, la formation des internes est une opportunité mais nécessite un investissement important, de la part du corps médical et de la direction. Les médecins seniors, qui encadrent les étudiants en médecine doivent s'engager dans la formation de ces futurs professionnels, prendre le temps de les encadrer et transmettre leur savoir. La formation des internes n'est pas sans conséquences, les médecins seniors engagent leur responsabilité. Elle est perçue comme une charge de travail supplémentaire.

Le fait d'avoir des internes se révèle coûteux pour un établissement, qui assure à la fois l'accueil, via le logement et la nourriture, et la rémunération. Il convient alors que ce dernier en ait les possibilités financières et matérielles.

57 Article R. 6253-3 du CSP

58 Article 76 de Code de déontologie médicale codifié à l'article R. 4127-76 du CSP

Le secteur hospitalier privé est nettement moins investi que le secteur public dans la formation des internes. En janvier 2018, le directeur général d'un établissement privé de Brest évoquait la modification récente de leur politique en la matière⁵⁹. Dans un premier temps, il mettait en avant le coût élevé que pouvait représenter deux internes pour son établissement (entre 40 000 et 45 000 euros par an). Il expliquait également que les internes dans une clinique n'ont pas la même rentabilité qu'à l'hôpital : « *dans une clinique, l'interne ne fait pas de consultations, ni d'opérations. Ça ne se fait pas ! Les patients viennent voir un médecin libéral particulier* ». En effet, les internes en clinique ne participent pas au fonctionnement de l'établissement comme à l'hôpital où ils peuvent, sous la supervision d'un médecin senior, prendre en charge des patients, prescrire et faire des actes opératoires.

La formation des étudiants en médecine est principalement dévolue au secteur public. Les années d'immersion dans le monde professionnel hospitalier sont éprouvantes pour les étudiants. Ils se disent, de plus en plus, exposés au stress et aux risques psychosociaux, mais le sujet reste tabou. Une jeune professionnelle témoignait de ses difficultés en la matière lors de ses stages dans les hôpitaux parisiens « *personne n'a le temps de s'occuper de toi, tout le monde est sous pression, le chef de clinique censé t'encadrer est complètement débordé. Au final, c'est l'interne, lui-même en formation, quand il peut, qui s'occupe de toi* »⁶⁰.

Les médecins seniors n'ont pas toujours le temps d'encadrer suffisamment les étudiants en médecine, en raison des effectifs ou même encore de l'organisation hospitalière. Ces étudiants, de leur côté, recherchent les lieux de stages qui pourront leur apporter le plus de connaissances possibles. Ils concentrent le plus souvent leurs demandes dans les grands hôpitaux au détriment des hôpitaux de proximité. Bien que dans les grands centres, la formation peut sembler plus attractive en raison des plateaux techniques, l'encadrement y est plus impersonnel. Les internes sont placés sous la responsabilité du chef de service, mais dans la pratique ils sont souvent pris en charge par les assistants ou encore les associés.

Au contraire, dans les hôpitaux de proximité, l'encadrement médical des internes est plus rapproché. L'interne a accès au plateau technique et surtout, il peut échanger avec les médecins spécialistes directement pour étayer son diagnostic.

59 GUILMO L. Pour les cliniques, un interne coûte cher. Ouest France, 10/01/2018

60 Jeunes soignants en souffrance. Le télégramme. 14 juin 2017

B - Un engagement de la permanence des soins au-delà de la continuité de service

L'arrêté du 30 avril 2003⁶¹ précise que l'organisation des activités médicales comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Les établissements publics de santé, en plus de garantir la continuité de service, doivent assurer la permanence des soins (PDS). L'ensemble des médecins qui exercent dans un établissement public de santé sont tenus d'y participer afin d'assurer la sécurité des patients, qu'ils soient hospitalisés ou admis en urgences.

La continuité des soins est une responsabilité qui relève de la seule compétence médicale et la participation obligatoire représente une contrainte forte pour les médecins hospitaliers. Ils demandent d'ailleurs la reconnaissance de la pénibilité du travail, effectué la nuit et pendant les gardes et astreintes déplacées, dans le cadre de leur pension de retraite.

Rappelons ici que les médecins libéraux participent à l'activité de la maison médicale de garde sur la base du volontariat, ce qui fait une différence de traitement en la matière entre les hospitaliers et les libéraux.

La permanence des soins peut prendre la forme de garde ou d'astreinte et aboutir, pour cette dernière, à un déplacement. Le médecin doit être joignable et répondre dans les plus brefs délais. L'organisation de la permanence des soins est placée sous la responsabilité du chef d'établissement. Il doit, avec les instances dédiées et notamment la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS), les chefs de services et les responsables de pôles, définir les modalités d'organisation en fonction de la nature des activités et des budgets alloués à l'établissement en la matière.

Avec la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), l'organisation de la permanence des soins se modifie. Les équipes médicales de territoire doivent « *favoriser l'organisation de la permanence des soins qui associera les médecins des établissements signataires* »⁶². La permanence des soins s'organise encore majoritairement, établissement par établissement. Cependant, elle tend de plus en plus, en particulier pour les spécialités médicales, à s'organiser au niveau du territoire et ceci pour différentes raisons.

61 Arrêté du 30/04/2003 publié au JORF du 2/05/2003, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

62 MOREL O., PINEY D. et PERRIN O. Structuration d'une équipe médicale de territoire. RHF, mars-avril 2018, p. 28-31

Dans un premier temps, en raison d'un manque d'effectif médical pouvant prendre part à la continuité de service et à la permanence des soins. Dans les hôpitaux de proximité, ces activités reposent bien souvent sur un nombre limité de médecins. Le temps de travail additionnel et le temps de travail réalisé au cours de la permanence des soins s'ajoutent au temps de présence hebdomadaire. En conséquence, les médecins travaillent au-delà du temps de travail réglementaire, alors que les 11 heures de repos consécutifs sont obligatoires et que les établissements sont contraints d'adapter le programme des activités médicales en fonction.

Dans un second temps, en raison des coûts importants de la permanence des soins pour un établissement. Les agences régionales de santé incitent vivement les hôpitaux à rationaliser et mutualiser les lignes de permanence des soins. L'enjeu étant de la rendre plus efficiente, son organisation inter-établissement permettant de générer des économies. Mais, c'est un sujet délicat car il touche l'accès aux soins. Il convient bien entendu de la dimensionner au plus juste mais aussi de tenir compte des besoins de la population pour assurer une couverture médicale adaptée au territoire et à la population.

Section 2 : Le manque d'attractivité des hôpitaux, cause essentielle des difficultés de recrutement

En octobre 2015, les pouvoirs publics ont déployé un plan d'action concernant l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, avec douze engagements permettant de favoriser l'attractivité de la carrière hospitalière (paragraphe 1). Cependant, on constate que la pénurie médicale impose aux hôpitaux des modes de recrutements discutables (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Un désintérêt croissant des médecins pour les carrières hospitalières

L'article L. 6152-1 du Code de la santé publique précise, qu'outre les hospitalo-universitaires, le personnel médical des établissements de santé comprend les médecins, odontologistes et pharmaciens qui sont d'une part « statutaires » tels que les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel et d'autre part « contractuels » tels que les assistants des hôpitaux, les praticiens attachés et les praticiens contractuels. Les statuts sont encadrés par la réglementation, laissant ainsi aux directions des établissements une faible marge de manœuvre alors que la gestion du personnel médical est stratégique et que les négociations salariales sont le quotidien des directions des affaires médicales.

A - Les tentatives pour réduire la contrainte et développer l'attractivité

« *Le constat est sévère : alors que pour notre génération faire carrière à l'hôpital représentait un objectif valorisé et valorisant, nos jeunes collègues sont plus réticents à l'idée d'un chemin tracé et perçu comme définitif. Ils peinent à s'engager dans un exercice ressenti comme trop contraignant - où peu de place est laissée aux projets - et subissent trop le poids des normes comptables* »⁶³. La carrière hospitalière manque d'attractivité pour les jeunes générations en raison du temps de travail, de l'investissement demandé et des impératifs liés à la permanence des soins et surtout des contraintes financières auxquelles sont tenus de s'intéresser les médecins. La rémunération des médecins hospitaliers est jugée insuffisante et les jeunes diplômés, qui montrent un intérêt croissant pour le salariat mais ne choisissent pas pour autant d'exercer à l'hôpital public.

La loi HPST⁶⁴ a, en 2009, affichée une volonté de libéralisation de l'hôpital public. Le statut de clinicien hospitalier est instauré depuis 2010⁶⁵ pour permettre aux établissements publics de santé de recruter par voie de contrat des médecins sur des emplois qui présentent une difficulté particulière à être pourvus. Les médecins, recrutés dans le cadre de ce contrat de travail qui ne peut excéder six ans, peuvent percevoir une rémunération attractive. En effet, elle est calculée sur la base du dernier échelon de la grille de praticien hospitalier, à laquelle s'ajoute une prime variable pouvant aller jusqu'à 65 % du traitement de base. La rémunération mensuelle nette peut alors atteindre 10 165€, soit 20 % de plus que le salaire d'un praticien hospitalier en fin de carrière. Cependant, le recours à ce type de contrat n'est pas aussi fréquent que l'on pouvait l'espérer à sa mise en place. Le recrutement est assujéti à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), et doit être autorisé par l'ARS. Les directeurs d'hôpitaux n'ont donc pas la pleine liberté de décision pour le recours à ce type de contrat, ce qui représente un frein à son déploiement.

Cet échec démontre également que la seule rémunération ne favorise pas l'attrait des postes médicaux et qu'il convient bien de travailler sur l'organisation hospitalière en général pour être attractif.

63 WOEHL J-M. Projet médical, jeunes médecins et attractivité. RHF, mars-avril 2017, p. 48 à 51

64 Loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire), JORF du 22 juillet 2009

65 Décret n° 2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus, JORF du 16 octobre 2011 et article L. 6152-1 du CSP

Le plan d'attractivité de la carrière hospitalière, d'octobre 2015, met en place la prime d'engagement à la carrière hospitalière (PECH). Le décret du 14 mars 2017⁶⁶ abroge, au 1^{er} janvier 2019, les dispositions relatives aux postes à recrutement prioritaire prévues par les articles R. 6152-5 et R. 6152-204 du Code de la santé publique au profit de la PECH.

Ce dispositif est élargi aux praticiens contractuels et aux assistants des hôpitaux, s'ils s'engagent avec un établissement public de santé à exercer sur un poste dans une spécialité pour laquelle l'offre de soins est, ou risque, d'être insuffisante. Malgré ce dispositif, financièrement intéressant pour un médecin, les candidatures médicales sur les postes de praticiens hospitaliers ne sont pas plus nombreuses qu'auparavant. Le montant de cette prime est pourtant compris entre 10 000 et 30 000 euros brut, en fonction des situations.

Depuis quelques années, les hôpitaux développent leur politique d'attractivité vers les médecins en formation. Ils repensent leurs organisations pour attirer des internes, devenus la cible d'une véritable politique d'intégration. En effet, les internes sont les médecins de demain et sont formés, pour l'essentiel, à l'hôpital même si ce n'est pas le lieu d'exercice qu'ils vont privilégier à leur installation. Le regard porté sur les internes par les médecins seniors a changé. Auparavant, ils pouvaient faire les frais du comportement un peu dédaigneux de leurs aînés ; étant en formation, les tâches qui leur étaient dévolues pouvaient être dénuées d'intérêt. Maintenant, l'enjeu durant leur stage est de leur donner envie de revenir exercer dans l'établissement après leur cursus.

Le centre hospitalier du Cotentin s'est illustré en la matière. En 2017, il a obtenu le prix « stratégie attractivité médicale » pour sa politique d'attractivité conduite auprès des internes⁶⁷. C'est un prix décerné par la fédération hospitalière de France et la mutuelle nationale des hospitaliers qui souligne les actions déployées pour favoriser l'intégration des internes. Cet établissement connaissait des difficultés : l'isolement géographique, la pénurie médicale avec plus de 40 postes médicaux vacants et un recours à l'intérim médical important. Partant du postulat que les internes sont de potentiels candidats et profitent des semestres de stage pour tisser des liens professionnels et développer des attaches géographiques, le centre hospitalier du Cotentin a mis en place des actions. Le but était d'accueillir davantage d'internes, chaque semestre et ensuite de mobiliser les acteurs, administratifs et médicaux, autour de la question de leur intégration et de leur formation.

66 Décret n°2017-326 du 14 mars 2017, JORF du 15 mars 2017

67 SCHERRER L-A, GENDREAU H., MORIN M. et GERVES H. Comment déployer une politique d'attractivité médicale. RHF, novembre-décembre 2017, p. 30-33

Ainsi, une charte d'accueil a été réalisée, elle est revisitée annuellement sur la base d'un questionnaire de satisfaction complété par tous les internes en fin de stage.

La politique d'amélioration continue repose donc sur les impressions et commentaires des internes. La mesure à souligner est également celle qui vise à nommer un « praticien senior référent » qui est chargé de coordonner des temps de formation et de répondre aux questions des intéressés. On constate que l'attractivité médicale est avant tout une histoire de relations humaines et de fédération de la communauté médicale. En effet, l'attractivité ne peut être du seul fait de la direction, elle doit reposer sur l'investissement de tous les acteurs et en premier des médecins qui encadrent et forment les internes.

B - Des praticiens incités à l'exercice partagé entre hôpitaux

La mise en place des GHT tend à favoriser le partage des ressources médicales, et pour cela la réglementation a modifié et conforté les émoluments afférents à l'exercice médical en temps partagé. Il y avait déjà, depuis 2001, une prime dite multi-site. Elle était accordée aux praticiens hospitaliers, qui exerçaient une activité entre plusieurs établissements afin de concourir au développement d'actions de coopérations⁶⁸, au minimum et en moyenne, deux demi-journées hebdomadaires. Cette prime ne concernait pas tous les statuts hospitaliers, uniquement les praticiens hospitaliers et les assistants, ainsi elle ne favorisait pas toujours l'exercice en temps partagé.

Le décret du 14 mars 2017⁶⁹ instaure la prime d'exercice territorial (PET) qui permet de moderniser et d'adapter le régime indemnitaire des praticiens pour soutenir notamment les dynamiques d'équipes médicales de territoire. La PET est accordée, sous certaines conditions, aux praticiens hospitaliers à temps plein (D. 6152-23-1 du CSP) et à temps partiel (D. 6152-220-1 du CSP), aux praticiens contractuels (D. 6152-417), aux assistants des hôpitaux (D. 6152-541-1 du CSP), aux assistants associés (D. 6152-539-4 du CSP), aux praticiens attachés (D. 6152-612-1 du CSP) et aux praticiens attachés associés (R. 6152-633-1 du CSP). Le montant de la PET, qui est fonction du temps que le praticien consacre à une activité en dehors de son établissement de rattachement, varie de 450 euros bruts mensuel pour une activité comprise entre 10 et 20% à 1 000 euros bruts mensuel pour une activité partagée de 50 %.

Cependant, le régime indemnitaire seul ne suffit pas à inciter les médecins à partager leur temps de travail entre plusieurs sites. Il convenait donc d'avoir d'autres facteurs d'incitation.

68 Arrêté du 17 octobre 2001, JORF du 26 octobre 2001 et Circulaire DHOS/M n° 2000-521 du 13 octobre 2000

69 Décret n°2017-327 du 14 mars 2017, JORF du 15 mars 2017

Le GHT est un véritable levier d'action pour la mobilité médicale. Il contribue à renforcer les liens entre les établissements et les équipes médicales, et à conforter « *la relation de confiance entre tous les acteurs, grâce à une meilleure connaissance des conditions d'exercice de chacun* »⁷⁰. Le bras armé des GHT en la matière est la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH). Elle formalise les coopérations par pôles ou par spécialités médicales et favorise l'attractivité et la fidélisation des praticiens, essentielles pour maintenir et développer l'offre de soins. La FMIH fédère les médecins autour d'une organisation et d'une équipe médicale qui contribue à rayonner sur l'ensemble des établissements du GHT. Elle permet de garantir une offre de soins, notamment pour les spécialités, de qualité et sur l'ensemble du territoire. Les médecins sont intégrés à une organisation qui dépasse la zone géographique de leur service, pôle ou établissement.

Ces nouvelles organisations médicales sont confortées par les projets médicaux partagés (PMP), portés par les GHT. Ainsi, le Pr O. MOREL, le Dr D. PINEY et O. PERRIN prônent la mise en place des équipes territoriales et donnent l'exemple de l'organisation de la gynécologie-obstétrique au sein du GHT Sud Lorraine « *si le projet Médical Partagé répond aux attentes actuelles et futures des praticiens, il peut être un facteur d'attractivité pour ceux qui souhaiteraient s'engager dans la carrière publique* »⁷¹. Ces auteurs soutiennent que le juste dimensionnement des plateaux techniques, leur partage et l'organisation médicale qui en découle représentent « *une approche moderne de la gestion des ressources humaines médicales* ». En pratique, tous les médecins ne voient pas ces mesures positivement et certains sont réticents à l'exercice partagé. D'une part, la mise en place de la tarification à l'activité avait pu créer une concurrence entre établissements ou services ayant des activités identiques sur un même secteur géographique. D'autre part, les établissements qui composent les GHT doivent apprendre à travailler ensemble, pour certains ils ne se connaissaient pas auparavant. De plus, les médecins avancent que le temps de déplacement entre deux établissements d'un même GHT est du « *temps de perdu* » et en demandent, à la fois l'intégration dans le temps de travail et l'indemnisation en plus de l'indemnité réglementaire. Même si le coût des temps médicaux partagés pèse sur les hôpitaux, cette nouvelle manière d'exercer la médecine hospitalière n'en demeure pas moins nécessaire pour l'activité, afin de garantir à la population une offre de soins de proximité adaptée.

70 GUICHARD F., LEFBEVRE J-F., VERNEGNEGRE A. Des équipes médicales de territoire, au cœur du projet médico-soignant partagé. RFH, mars-avril 2018, p. 32-34

71 MOREL O., PINEY D. et PERRIN O. Structuration d'une équipe médicale de territoire. RHF, mars-avril 2018, p. 28-31

Paragraphe 2 : La pénurie médicale imposant des modes de recrutement discutables

Pour assurer l'ensemble de leurs missions et faute d'effectif médical en nombre et de candidatures réglementairement recrutables, les hôpitaux sont contraints d'avoir recours à des prestations d'intérim médical et/ou de recruter des médecins à diplôme étranger.

A - Les modalités de recrutement des « mercenaires » hospitaliers

Les hôpitaux publics disposent de deux voies pour recruter un médecin. En premier lieu, il y a les contrats de gré à gré et en second lieu, le recours aux entreprises de travail temporaire qui est réglementé à la fois par le Code de la santé publique et par le Code du travail. Le Code de la santé publique⁷² énonce que le directeur d'un établissement public de santé peut recruter des médecins qui exercent à titre libéral qui n'ont donc pas le statut de praticien hospitalier, et plus précisément⁷³ que les établissements publics de santé peuvent recruter des médecins en qualité de praticiens contractuels à temps plein ou à temps partiel dans des cas spécifiques.

Le recours au contrat de gré à gré est la voie de recrutement la plus répandue. L'établissement connaît le médecin et peut s'assurer de ses qualités professionnelles. Cependant, les hôpitaux sont de plus en plus confrontés à une négociation salariale de la part des médecins remplaçants. Ils font jouer la concurrence, parfois entre les établissements d'un même secteur ou d'un même GHT. Les coûts de recrutement peuvent s'approcher de ceux pratiqués par les entreprises de travail temporaire et être encore plus conséquents, s'ils sont assortis de demandes en nature pesant fortement sur la comptabilité des hôpitaux (logement, mise à disposition de véhicule, etc). Il est fréquent que certains remplacements soient négociés et même renégociés au dernier moment, du fait par exemple d'une incapacité pour l'hôpital à assurer la continuité des soins. Le médecin recruté dans le cadre d'un contrat de gré à gré peut alors exiger une rémunération supérieure, que l'hôpital se voit contraint d'accepter. Toutefois, les chefs d'établissement n'ont pas toute latitude en ce qui concerne la rémunération dans le cadre de ces contrats. En effet, pour parvenir à rémunérer le médecin en fonction de ses prétentions, les directions font des entorses à la règle et versent des indemnités de temps de travail additionnel ou de permanence des soins qui ne sont pas réellement effectuées. Le centre hospitalier de Fougères avait fait l'objet en 2009 d'une décision de la Cour de discipline budgétaire et financière, au sujet de la rémunération, à des médecins, de gardes et astreintes fictives.

72 Article L6146-2 du CSP

73 Article R6152-401 du CSP

La Cour avait relaxé le directeur, et sa tutelle, au motif que les irrégularités de rémunération avaient été mises en place pour maintenir l'accès aux soins de la population et aucune autre solution réglementaire n'était possible alors. M-L. MOQUET-ANGER avait écrit « *quand nécessité devient loi* »⁷⁴ et expliquait que face aux contraintes imposées et aux difficultés les directeurs « *choisissent un risque contentieux plutôt qu'un autre* ». En effet, pour un chef d'établissement, les risques de ne pas pouvoir garantir l'accès aux soins et la continuité de service ne sont-ils pas plus importants que le fait de verser des rémunérations indues ?

En matière de dérogation de rémunération, les directions des affaires médicales rivalisent d'ingéniosité pour verser, au médecin remplaçant, une rémunération en adéquation avec ses prétentions. Outre, le principe que nous venons de voir et qui consiste à verser des indemnités pour un travail non réalisé, les hôpitaux ont d'autres procédés, qui ne sont pas plus réglementaires. Dans le premier cas, il s'agit d'établir au médecin un contrat de travail qui s'étend sur une période plus longue que la période effectivement réalisée. Le médecin peut se trouver dans une double irrégularité et sur une même période être employé par plusieurs hôpitaux. De plus, il n'effectue pas réellement l'intégralité de la période couverte par le contrat de travail et n'apparaît donc pas sur le tableau mensuel de service médical. En cas de rapprochement entre le contrat de travail et l'activité médicale réalisée, il y a une incohérence qui peut être décelée en cas de contrôle de la Chambre régionale des comptes ou du trésorier de l'établissement. Les directions des affaires médicales doivent alors tenir un double état des plannings médicaux. Dans le second cas, le médecin est recruté sur le statut de praticien contractuel et l'établissement modifie le traitement de base réglementairement rattaché au statut. La grille de rémunération n'est pas respectée.

Le travail temporaire, appelé aussi « l'intérim » est la « *mise à disposition temporaire d'un salarié par une entreprise de travail temporaire au bénéfice d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission* »⁷⁵, s'est démocratisé pour les professions médicales.

Les entreprises de travail temporaire spécialisées dans la mise à disposition de médecins sont nombreuses. Les missions de travail temporaire donnent lieu à la signature de deux contrats qui sont simultanés mais distincts. En premier lieu, il y a un contrat de mise à disposition entre l'entreprise de travail temporaire et l'hôpital qui est le client utilisateur. En deuxième lieu, il y a un contrat de travail, appelé contrat de mission, entre le salarié temporaire et son employeur, l'entreprise de travail temporaire.

74 MOQUET-ANGER M-L., note sous CBDF, 16 avril 2009, centre hospitalier de Fougères, JCP A 2009, n°36

75 Article L. 1251-1 du Code du travail

Les tarifs pratiqués par les entreprises de travail temporaire sont très différents et comprennent la rémunération du médecin, les frais de mise à disposition et la TVA. Une mission d'intérim médical peut varier de 1200 à 2500 euros TTC, selon si elle est effectuée en journée ou en 24h et selon la spécialité. Les tarifs sont majorés sur certaines périodes de l'année.

Le rapport VERAN⁷⁶ avait calculé le coût d'un médecin intérimaire pour l'hôpital en comparaison à celui d'un praticien hospitalier. Il estimait qu'en cumulant la rémunération perçue par l'intérimaire, la commission de l'agence d'intérimaire, la TVA et les prestations dues au médecin pour l'hébergement et le transport, un médecin intérim coûte trois fois plus cher qu'un praticien hospitalier. Les coûts de l'intérim médical et les libertés de rémunération, prises par les entreprises de travail temporaire, les médecins et les établissements, ont amené les pouvoirs publics à réglementer la rémunération de l'intérim médical⁷⁷.

Ainsi, depuis le 24 novembre 2017, les dépenses engagées par les hôpitaux pour les missions d'intérim sont plafonnées. Le salaire brut versé au médecin pour une mission de travail temporaire ne peut excéder, pour une journée de 24h, deux périodes de temps de travail additionnel à laquelle s'ajoute une indemnité de sujétion. Le médecin intérimaire, toutes spécialités confondues, perçoit dorénavant 1170,04 euros bruts pour 24 heures de travail effectif. Cependant et comme ces nouvelles rémunérations sont inférieures aux pratiques précédentes, la réglementation prévoit des dispositions transitoires avec la majoration des montants sur les 2 années à venir : +20% pour l'année 2018 soit 1404,05 euros bruts et +10% pour l'année 2019 soit 1287,05 euros bruts.

Il convient maintenant de s'assurer de la bonne application de cette réglementation et que la nécessité n'incitera pas les établissements à passer outre. Une telle mesure pose de grandes difficultés aux hôpitaux car les médecins intérimaires ne veulent pas voir baisser leur rémunération. Dans la pratique, les établissements font déjà des entorses à la règle en restant sur les rémunérations antérieures. Des entreprises de travail temporaires se contentent de jouer les intermédiaires et laissent le soin aux hôpitaux de procéder à la rémunération. Ces derniers proposent alors des contrats de gré à gré, forcément hors cadre réglementaire. Les agences régionales de santé n'ignorent pas ces pratiques et rappellent régulièrement aux chefs d'établissement leurs obligations. Cette réglementation aura-t-elle pour conséquence de favoriser des médecins à prendre des postes hospitaliers vacants ? Rien n'est moins certain.

76 VERAN O. Hôpital cherche médecins, coûte que coûte - essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public. Assemblée Nationale, décembre 2013

77 Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017, JORF du 26 novembre 2017

B - Le recrutement des médecins à diplôme étranger, un investissement conséquent

Le numerus clausus apparaît en 1971. Il atteint son plus bas niveau en 1993 avec moins de 4000 étudiants. Il faut une dizaine d'années pour se rendre compte du décalage entre la démographie étudiante et la démographie médicale. Les jeunes diplômés ont toujours préféré l'exercice libéral ou privé à la carrière hospitalière. Les hôpitaux ont rapidement souffert de la baisse de la démographie médicale. En l'absence de médecins diplômés en France, les hôpitaux publics se sont tournés vers les médecins diplômés hors de France. Ainsi et depuis les années 1970, les médecins étrangers contribuent très largement au fonctionnement hospitalier. La restriction du numerus clausus et la dégradation des conditions de travail en milieu hospitalier ont contribué au développement des filières de recrutement de médecins étrangers.

Ces derniers sont recrutés par voie de contrat sur des statuts spécifiques de FFI, assistant associé ou praticien associé. Ils doivent exercer sous la responsabilité d'un médecin senior. Ils occupent bien souvent des postes de praticiens hospitaliers non pourvus. Le bénéfice de leur recrutement est double. Premièrement, ils exercent dans le cadre d'un contrat de travail à durée déterminée, et deuxièmement, le coût qu'ils représentent pour les hôpitaux est bien inférieur à celui d'un praticien hospitalier ou d'un médecin intérimaire. Même si, leur recrutement représente un investissement important pour les hôpitaux, il est nécessaire pour les directions d'établissement de bien cadrer les organisations médicales et paramédicales pour que le médecin à diplôme étranger puisse trouver sa place dans le fonctionnement. En effet, les médecins à diplôme étranger ne sont pas toujours reconnus par leurs pairs, « *en dépit de leur utilité, la présence des médecins étrangers n'a jamais été considérée comme allant de soi par les médecins français* »⁷⁸ et les tâches les moins attractives leurs sont souvent réservées comme les soins de suite et la gériatrie. Ils sont aussi intégrés aux gardes et astreintes et parfois au-delà du raisonnable.

La présence des médecins étrangers dans les services hospitaliers est conditionnée à un agrément pour la formation des étudiants en médecine. A ce titre, certains hôpitaux demandent des agréments non seulement pour accueillir des internes mais aussi des médecins étrangers, engagés dans la PAE qui doivent effectuer trois années de pratiques professionnelles dans un service validant.

78 WOLMARK C. Médecins étrangers : sortir de l'invisibilité. Plein droit. N°92, mars 2012, p. 36-40

Quelle que soit l'organisation du système de santé et de la prise en charge des patients, la question de la ressource médicale se pose. Malgré les actions consenties par le gouvernement et particulièrement la mise en place du plan d'attractivité des carrières hospitalières, les effets dans les hôpitaux de proximité ne se font pas ressentir.

Alors que la tendance actuelle est à la restructuration hospitalière, avec la fermeture de certaines activités médicales sur les petites structures et à la gradation des soins, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a publié un rapport évoquant la création « *d'établissements de santé communautaires assurant une ligne d'hospitalisation de premier recours, au service des médecins de ville, bien intégrés dans leur environnement, principalement axés sur la médecine polyvalente et la filière gériatrique (court séjour, soins de suite, long séjour, hébergement, équipes mobiles, ...), pouvant servir de point d'appui à la régulation des soins non programmés et des urgences, avec le cas échéant un plateau d'imagerie de proximité et de biologie de routine, et pouvant comporter, en fonction des spécificités territoriales, un centre de suivi de grossesse de proximité* »⁷⁹.

Même si le CNOM affiche la tendance croissante des effectifs médicaux, ils ne sont pas suffisants pour répondre à la démographie ou au vieillissement de la population. L'organisation hospitalière et l'hyperspécialisation médicale conduit les professionnels à exercer dans les grands centres. Ils sont dotés de nombreuses spécialités, d'un plateau technique et d'équipes en adéquation et sont ainsi plus attractifs. Dans le secteur libéral, les regroupements de professionnels se développent pour répondre aux contraintes économiques ou aux choix de vie des médecins.

Les hôpitaux de proximité délaissent certaines activités (bloc opératoire, plateau interventionnel et technique,) pour se recentrer sur la prise en charge gériatrique, les soins de suite et l'hébergement qui répondent aux besoins de la population. Cependant, ces activités sont peu attractives pour les médecins et il devient difficile de recruter et de fidéliser. La présence des médecins à diplôme étranger est devenue bien plus qu'une nécessité, c'est souvent la condition pour maintenir les activités en place et aussi la seule possibilité de recrutement.

79 Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Contribution à la transformation du système de santé. Juin 2018. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000358/index.shtml>

Deuxième partie : le recrutement des médecins à diplôme étranger encadré par une réglementation complexe

La présence des médecins à diplôme étranger est indispensable au fonctionnement des hôpitaux. A. DESCLAUX rappelle en introduction de son article que « *le fonctionnement des services de santé français repose en partie sur la contribution de personnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger* »⁸⁰.

Au sein des hôpitaux de proximité, le recours à cette main-d'œuvre est incontournable mais représente un véritable casse-tête pour les directions des affaires médicales. La réglementation en la matière est très complexe, souvent dépendante des situations individuelles.

Dans certaines équipes médicales, il y a davantage de médecins diplômés hors de France que de médecins diplômés en France. De plus, il subsiste toujours cette légalité partielle dont les établissements publics de santé usent et abusent par nécessité. Comme les hôpitaux doivent répondre aux missions et obligations de service public, et à la pression qui en découle, l'emploi médical est un véritable enjeu. Le besoin de recruter coûte que coûte, sans tenir compte du profil, prend le pas sur l'adaptation du candidat à l'emploi vacant.

Les médecins diplômés hors de France ne sont pas tous soumis aux mêmes obligations administratives. De l'origine de leur diplôme dépendent les modalités d'exercice (chapitre 1). Les pouvoirs publics, depuis 1995, affichent la volonté de limiter les effectifs des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux, d'où un arbitrage complexe (chapitre 2).

80 DESCLAUX A. La disparition silencieuse des médecins PADHUE : fin d'une injustice d'Etat ou nouvelle exclusion ? Santé publique, volume 29, n°3, mai-juin 2017, p. 341-344

Chapitre 1 : Un traitement différencié selon l'origine géographique du diplôme

La réglementation fait une différence de traitement suivant l'origine du diplôme de médecine. D'une part, il y a les médecins diplômés dans un pays membre de l'Union-européenne (section 1) et d'autre part, les médecins diplômés hors Union-européenne qui sont appelés les praticiens à diplôme hors Union-européenne, les PADHUE (section 2). Si le recrutement des premiers est assez simple et ne demande pas un formalisme administratif compliqué pour les hôpitaux, le recrutement des seconds est nettement plus complexe et fait appel à une réglementation pointue, en constante évolution, parfois mal interprétée et mal appliquée.

Section 1 : Le recrutement simplifié des médecins à diplôme européen

Les médecins titulaires d'un diplôme européen sont facilement et rapidement recrutables par les établissements publics de santé. Ils peuvent également s'installer en secteur libéral avec un minimum de procédure administrative (paragraphe 1). La reconnaissance automatique des diplômes et la libre circulation dans l'espace européen bénéficient aux étudiants français qui vont se former à l'étranger (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une procédure rapide et efficace de recrutement

Les formalités administratives pour que les médecins titulaires d'un diplôme européen puissent exercer la médecine et avoir le plein exercice sont simples et reposent sur le principe de la reconnaissance des diplômes par équivalence. Des cabinets de recrutement se sont spécialisés dans la recherche de candidatures médicales, développant particulièrement la filière des médecins à diplôme européen.

A - Le principe d'une reconnaissance des diplômes par équivalence

Depuis la loi du 31 décembre 1976 transposant la directive 75-362/CE,⁸¹ les ressortissants des États membres de la Communauté européenne peuvent circuler librement et s'installer en France.

⁸¹ Loi n°76-1288 du 31 décembre 1976, JORF du 1^{er} janvier 1977, transposant la directive 75-362/CEE du 16 juin 1975

L'accord conclu au sein de l'Union-européenne permet l'exercice effectif du droit d'établissement et la reconnaissance des qualifications professionnelles exigées pour l'exercice de la profession médicale. Le principe de reconnaissance des diplômes par équivalence s'applique aux professionnels justifiant d'une formation médicale de plus de six ans en médecine et leur donnant le titre de docteur en médecine dans leur pays d'origine. Ainsi, les médecins qui souhaitent faire reconnaître leur(s) diplôme(s), en France, doivent produire le(s) diplôme(s) validé(s) dans le pays d'obtention, une attestation du Ministère ou de l'autorité compétente de leur pays d'origine justifiant que le diplôme est conforme aux conditions posées par les directives et une attestation d'exercice de la profession dans le pays d'origine pendant trois années consécutives au cours des cinq années précédant sa délivrance. Ils peuvent alors demander leur inscription au tableau de l'Ordre professionnel, procédure obligatoire pour tous les médecins qui exercent en France, sous peine de poursuites pour « exercice illégal de la médecine »⁸². Ils peuvent alors exercer dans les mêmes conditions que leurs pairs, jouir de la liberté d'installation et choisir entre exercice libéral ou salarié. S'ils optent pour la carrière hospitalière, ils sont recrutés en qualité de praticiens contractuels et peuvent par la suite passer le concours de praticien hospitalier, organisé annuellement par le centre national de gestion (CNG) et s'engager dans la carrière hospitalière.

Les médecins ressortissants de l'Union-européenne qui ne sont pas concernés par la reconnaissance automatique des diplômes, peuvent bénéficier des dispositions du régime général européen (RGE), qui comprend trois cas particuliers.

Le premier cas relève de la jurisprudence HOCSMAN⁸³. Il s'agissait d'un médecin argentin, titulaire d'un diplôme de médecine générale argentin et d'un diplôme de spécialité espagnol. Il avait obtenu la nationalité espagnole en 1986 et une naturalisation française en 1998. Il exerçait dans les hôpitaux français, depuis 1990, sur des statuts d'associés. En 1997, il s'était vu refuser son inscription à l'Ordre des médecins au motif que son diplôme n'ouvrait pas le droit à l'exercice de la médecine en France.

En 2000, la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) va considérer que *« l'adoption de directives d'harmonisation relatives à la reconnaissance mutuelle des diplômes, notamment médicaux, vise à instaurer un système obligeant les États membres à admettre l'équivalence de certains diplômes sans que ces États ne puissent exiger des intéressés le respect d'autres conditions que celles prévues par la directive applicable en la matière »*.

82 Article L.4161-1 du Code de la Santé Publique

83 CJCE, 14 septembre 2000, HOCSMAN, affaire C-238/98

Elle ajoute que « *une telle reconnaissance mutuelle rend superflue, pour ceux qui remplissent les conditions énoncées dans les directives de reconnaissance, la reconnaissance éventuelle de leurs diplômes par les États membres d'accueil en vertu de la jurisprudence que la Cour a développée pour les situations où il n'y a pas de telle reconnaissance automatique* »⁸⁴. Ainsi, la procédure HOCSMAN va s'adresser aux ressortissants communautaires, titulaires de diplômes obtenus hors Union-européenne et reconnus par un Etat membre. Cependant, l'ordonnance du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé⁸⁵, modifie l'article L 4111-2 du Code de la santé publique et précise que les candidats doivent désormais justifier de conditions cumulatives : la reconnaissance de leur(s) diplôme(s) par un État membre et un exercice de la profession, dans cet État, pendant 3 ans.

Le second cas relève de la jurisprudence DREESSEN⁸⁶. Le requérant était Belge, titulaire d'un diplôme d'ingénieur allemand. Il s'était vu refuser son inscription au tableau de l'Ordre des architectes de Belgique, au motif que son diplôme n'était pas expressément visé par la directive. En 2002, la CJCE se prononce sur la question de savoir, s'il convenait de procéder à une analyse comparative des compétences et des qualifications, en l'absence de directive précise, pour admettre son inscription. Elle rappelle l'obligation faite aux Etats membres de prendre en considération l'expérience du candidat qui demande une autorisation d'exercer, par comparaison entre les compétences attestées par les titres et l'expérience, et les connaissances et qualifications requises par la législation nationale. Ainsi, la procédure DREESSEN va s'adresser aux ressortissants d'un État membre de l'Union-européenne, titulaire d'un diplôme permettant l'exercice de la médecine dans l'État d'obtention mais non conforme à la directive de 2005.

Le troisième cas relève du régime européen « 1bis », instauré par la loi du 26 janvier 2016⁸⁷. Il permet de reconnaître l'exercice des praticiens non ressortissants européens mais titulaires d'un diplôme européen.

Dans ces trois cas, l'autorisation d'exercice est subordonnée à l'avis d'une commission, qui peut assortir sa décision d'une obligation de formation complémentaire ou d'une pratique professionnelle. Les possibilités pour les médecins diplômés au sein de l'Union-européenne sont nombreuses. Des dispositions qui sont bien opposées aux médecins diplômés hors de l'Union-européenne, pour lesquels la procédure est longue est bien plus fastidieuse.

84 Conclusions de l'avocat général, M. F. G. JACOBS, présentées le 16 septembre 1999

85 Ordonnance n° 2017-50 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé, JORF du 20 janvier 2017

86 CJCE, 22 janvier 2002, DREESSEN, affaire C631/00

87 Loi du 26 janvier 2016, Article 121. JORF du 27 janvier 2016

B - Les médecins Européens, fonds de commerce des cabinets de recrutements

Les ressortissants des États membres de l'Union-européenne bénéficient d'un régime privilégié concernant l'autorisation de séjour sur le sol français. La réglementation Européenne⁸⁸ permet aux ressortissants européens de séjourner et de travailler en France, sans demande préalable ni titre de séjour. Ils doivent être en possession d'une pièce d'identité ou d'un passeport justifiant de leur qualité de citoyen de la Communauté européenne.

La simplicité des formalités pour la reconnaissance du diplôme et l'exercice de la profession incitent les cabinets de recrutement à se spécialiser dans la recherche de médecins et à approcher des candidats diplômés hors de France mais dans l'espace européen. Le recrutement de ce type de praticien est idéal pour un hôpital. A. DREXLER écrit à ce sujet « *concernant le recrutement de praticiens à diplôme étranger sur des postes contractuels de seniors, la situation rêvée est celle d'un candidat inscrit à l'Ordre des médecins, qui dispose donc de la plénitude d'exercice. De fait, peu importe la situation originelle. A partir du moment où le praticien est inscrit à l'Ordre, il peut être recruté selon les règles standards applicables aux praticiens des établissements publics de santé* »⁸⁹ Ces médecins sont rapidement opérationnels dans les services hospitaliers, ils n'ont pas besoin d'être supervisés par un médecin senior et peuvent exercer dans tous les services même ceux qui ne sont pas agréés pour l'accueil des internes en médecine. Ils peuvent effectuer toutes les missions d'un médecin hospitalier, sans restriction sur leur participation à la permanence des soins ou à la continuité de service.

Les directions des affaires médicales sont quotidiennement sollicitées par des cabinets de recrutement, appelés aussi « chasseurs de têtes ». Les candidatures médicales référencées dans ces cabinets, sont essentiellement des ressortissants de la Communauté Européenne, inscrits à l'Ordre professionnel et à la recherche d'un poste en France. Les hôpitaux peuvent être amenés dépenser des sommes conséquentes pour avoir accès à ces candidatures, le coût pouvant par exemple atteindre 15 000 euros. Les premiers contacts avec les candidats laissent toujours entrevoir qu'ils possèdent toutes les qualités recherchées pour le poste et ont une volonté affichée d'installation professionnelle et personnelle sur le long terme. Cependant, les suites données sont souvent pleine de déconvenues.

88 Le traité instituant la Communauté économique européenne, appelé traité de Rome, est signé le 25 mars 1957 à Rome et la Directive 2004/38/CE du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres

89 DREXLER A. Médecin à diplôme étranger : qui recruter pour 2017 ? RHF, janvier-février 2017, p. 42-45

Pour illustrer, un hôpital des Côtes-d'Armor avait signé un contrat de ce type en 2013. Tout d'abord la procédure a demandé un investissement important de la part de l'établissement qui a participé activement à mettre en avant l'attractivité de l'établissement. Au terme des douze mois d'engagement du contrat, sur les deux profils recherchés de médecin généraliste et urgentiste, seul un urgentiste à temps partiel a été recruté. Il a démissionné au cours des deux mois de sa prise de fonction. L'hôpital aura déboursé 14 000 euros pour son recrutement. Ce même médecin a repris contact ultérieurement avec l'établissement, par le biais d'une entreprise de travail temporaire, pour venir y effectuer des missions.

Paragraphe 2 : Une libre circulation au profit des Français allant se former à l'étranger

La première année commune aux études de santé (PACES) rassemble les étudiants qui se destinent aux professions de médecin, dentiste, pharmacien ou maïeuticien. Le taux d'échec important, à l'issue de cette première année, incite certains d'entre eux à suivre leurs études de médecine à l'étranger.

A - Un moyen réglementaire, critiqué, de contourner le numerus clausus

La PACES est sanctionnée par un concours et seul un nombre réduit d'étudiants est admis à passer en seconde année en raison de l'application du numerus clausus. Selon A. LECA « *la sélection à l'entrée en seconde année de médecine est impitoyable. Elle pourrait être juste, mais ce n'est pas le cas. En effet, elle exclut les candidats qui ne sont pas portés par une coûteuse préparation privée (...) elle favorise mécaniquement les étudiants issus des milieux urbains et aisés* »⁹⁰. Les étudiants ne peuvent se présenter à ce concours plus de deux fois et les échecs sont nombreux. Alors animés par la volonté de poursuivre des études de médecine, ils se tournent vers les facultés européennes.

A. LECA qualifie ces étudiants tantôt « *de parias du numerus clausus* »⁹¹ et tantôt « *d'évadés du numerus clausus* »⁹². Ce moyen, réglementaire, de contourner le numerus clausus est aussi appelé « *le chemin de traverse* »⁹³.

90 LECA A. Le numerus clausus médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes. RGDM, n°51, juin 2014, p. 187-194

91 LECA A. Le numerus clausus médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes. RGDM, n°51, juin 2014, p. 187-194

92 LECA A. Un siècle d'iniquités dans l'accès aux études médicales en France – du numerus clausus vichyste à la « savonnette à vilains » roumaine. RGDM, n°65, décembre 2017, p. 171-187

93 FRUCHARD Q. Ces étudiants qui font leur cursus de médecine à l'étranger. La Croix, 4 août 2016

Dans la majorité des cas, les étudiants français restent en Europe et optent pour la Roumanie, la Croatie ou la Hongrie. La sélection à la faculté se fait sur dossier et entretien de motivation, la seule véritable exigence est un bon niveau en anglais. Les étudiants français s'engagent alors dans les six années réglementaires de formation médicale. Cette possibilité favorise, là encore, les étudiants de milieu aisé puisqu'il faut déboursier près de 5 000 euros en moyenne par an pour les seuls frais de scolarité.

Au terme des six années d'études, ils peuvent se présenter aux épreuves classantes nationales (ECN) en France et accéder au troisième cycle des études de médecine. L'épreuve est un examen et non un concours, qui permet d'établir un classement des étudiants afin de les répartir dans les spécialités. Ainsi, du premier au dernier, tous les étudiants seront affectés, même si leurs résultats peuvent laisser entrevoir des lacunes.

Ce principe avait fait débat et, en 2011, un décret⁹⁴ avait modifié les dispositions relatives au troisième cycle des études médicales en précisant que nul étudiant « *n'était autorisé à se présenter aux épreuves donnant accès au troisième cycle des études médicales s'il a épuisé les possibilités d'être admis à suivre des études médicales en France* ». Cette disposition permettait d'éviter que les étudiants ayant échoué à la PACES puissent aller se former hors de France et y revenir pour terminer leurs études. Cependant, l'impact pour les universités étrangères et leurs étudiants était considérable. Une association d'étudiants étrangers, la « Corporation médecine CLUJ », a saisi le Conseil d'État pour demander d'annulation du décret pour « *excès de pouvoir* ». En 2013, il a annulé ce décret⁹⁵ au motif qu'il « *méconnaissait le principe d'égalité* ». En effet, les étudiants qui ont validé soit le deuxième cycle des études médicales en France, soit une formation médicale de base d'au moins six ans acquise dans un État membre de l'Union européenne, doivent disposer d'un droit égal à l'accès au troisième cycle des études médicales. Selon le Conseil d'État, les dispositions du décret représentaient une différence de traitement qui « *n'était pas fondée sur la différence de situation existant entre ces étudiants au regard du niveau de diplôme exigé pour se présenter au troisième cycle d'études médicales mais sur les conditions de déroulement du premier cycle de ces études* ».

Ainsi, tout étudiant d'un pays membre de l'Union européenne engagé dans des études médicales et ayant validé son deuxième cycle peut s'inscrire en troisième cycle dans un autre pays membre de l'Union. Il convient de composer avec la mobilité internationale des professionnels médicaux, qui est une réalité.

94 Décret 2011-954 du 10 août 2011, JORF du 12 août 2011

95 Arrêt du Conseil d'État en date du 23 janvier 2013, enregistrée sous le n°353300

B - La qualité de la formation fortement remise en question par la profession

La profession médicale pose un regard critique sur les étudiants en médecine formés à l'étranger. Plus particulièrement, les étudiants français dénoncent le fait qu'un candidat ayant échoué deux fois au concours de la PACES puisse revenir, après avoir suivi sa formation à l'étranger, pour se présenter aux ECN et débiter son internat. Au-delà des étudiants, ce sont des médecins qui se sont positionnés très clairement contre. Ils mettent en avant que les étudiants formés à l'étranger, contournent en toute légalité le numerus clausus et qu'ils sont ensuite réintégrés dans le système français sans aucun contrôle de connaissances ou évaluation. Selon le Président de la confédération des syndicats médicaux français, ils sont de plus en plus nombreux à revenir en France après leurs six années d'études médicales à l'étranger. En 2016, ils étaient 458 contre 178 en 2012. Cette augmentation met d'autant plus la problématique de la qualité de leur formation en exergue⁹⁶.

En 2014, huit internes de médecine générale formés à l'étranger ont été exclus de leur service hospitalier en Île-de-France pour incompétence, dont trois étudiants d'origine roumaine et trois étudiants français diplômés en Roumanie.

Pour les médecins responsables, ces étudiants mettaient en danger les patients. Ils étaient incapables de travailler en autonomie dans les missions d'ordinaire confiées aux internes⁹⁷.

Dans les hôpitaux agréés pour la formation des internes, des étudiants diplômés hors de France et qui ont passé les ECN sont affectés chaque semestre. Pour les médecins seniors, l'investissement et l'encadrement sont plus importants que pour les internes formés en France. Même si la langue française peut paraître maîtrisée, le niveau est parfois insuffisant pour permettre des prises en charge sécurisées. Les médecins qui encadrent ces internes jugent que cela peut créer un climat d'insécurité, pour les patients et les équipes. Par ailleurs, la structuration des études de médecine n'est pas identique selon les pays, même si le respect des six années d'enseignement est rempli. En France, les étudiants sont en contact avec le monde professionnel et les patients à partir de l'externat ce qui permet de faire le lien entre la théorie et la pratique. Dans certains pays de la Communauté européenne, il n'en va pas de même.

96 FRUCHARD Q. Ces étudiants qui font leur cursus de médecine à l'étranger. La Croix, 4 août 2016

97 FRUCHARD Q. Ces étudiants qui font leur cursus de médecine à l'étranger. La Croix, 4 août 2016

En Roumanie par exemple⁹⁸, les étudiants sont en contact avec les patients dès la quatrième année mais ne s'investissent pas dans la prise en charge et le suivi, ils posent juste des diagnostics. Ils n'ont pas la culture médicale sur la prise en charge globale. De plus, et même si les études sont jugées de qualité par les étudiants, ils manquent de pratique et de technique dans certains actes, tels que les sutures et les ponctions. Cela peut les mettre en difficulté quand ils arrivent en France et débutent leur internat, c'est à ce moment que les différences de formation se font le plus ressentir.

Ainsi et selon les pays le système de soins est différent, tant au niveau des modalités de prise en charge que des pratiques médicales. Les étudiants qui sortent des facultés européennes doivent assimiler des connaissances médicales complémentaires ainsi que le mode de fonctionnement sanitaire et social français. Les étudiants originaires de France n'ont pas cet apprentissage et cette adaptation à réaliser. Leur intégration est facilitée par la maîtrise de la langue et leur connaissance du système.

Section 2 : Le recrutement complexe des PADHUE

Pour fonctionner les hôpitaux recrutent des PADHUE. Cependant, leur exercice n'est possible que dans le cadre d'une procédure réglementée et contraignante. Aussi, un dispositif dérogatoire perdure (paragraphe 1). L'application stricte de la loi est difficile et pose des questions éthiques (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Un dispositif dérogatoire qui perdure

Les voies de recrutement des médecins à diplôme étranger ne sont pas multiples. Cependant, face aux impératifs réglementaires qui s'imposent des adaptations perdurent.

A - Une voie réglementaire unique : la procédure d'autorisation d'exercice

« La règle standard pour recruter un praticien à diplôme hors Union-européenne : que le candidat ait réussi le concours de la procédure d'autorisation d'exercice »⁹⁹.

La PAE est instaurée par la Loi du 27 juillet 1999¹⁰⁰ qui porte création d'une couverture maladie universelle (CMU). Cependant, ce dispositif ne se mettra en place qu'en 2005 car le décret d'application fut publié seulement en 2004¹⁰¹.

98 Entretien une interne en médecine générale, de nationalité française, elle a validé son 2^{ème} cycle d'études de médecine en Roumanie et a passé les ECN 2017 pour intégrer le 3^{ème} cycle en France

99 DREXLER A. Médecin à diplôme étranger : qui recruter pour 2017 ? RHF, janvier-février 2017, p. 42-45

Depuis 2005, les praticiens titulaires d'un diplôme obtenu dans un État autre que ceux membres de l'Union-européenne permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention et qui souhaitent exercer en France sont soumis à cette nouvelle procédure. Autrement dit, la PAE devient l'unique voie que les médecins à diplôme hors Union-européenne peuvent emprunter s'ils veulent obtenir le plein exercice de la médecine en France. C'est la garantie que les médecins qui ont suivi un cursus d'études médicales ne répondant pas aux critères imposés par la France, puissent compléter leur formation. C'est aussi une garantie d'équité car les médecins passent tous les mêmes épreuves de sélection.

Cette procédure se déroule en plusieurs étapes. Dans un premier temps, le candidat doit passer les épreuves de vérification des connaissances (EVC) organisées par spécialité médicale, tous les ans par le centre national de gestion.

Ensuite, il doit justifier d'une pratique médicale hospitalière d'une durée minimale de trois ans. Une fois cette obligation remplie, il peut présenter son dossier devant la commission d'autorisation d'exercice (CAE). Composée en jury professionnel, cette commission donne son avis et dans sa libre appréciation, peut s'entretenir avec le candidat pour s'assurer de sa formation et de ses motivations. Elle peut conditionner l'autorisation d'exercice à des mesures complémentaires comme des pratiques professionnelles ou des formations.

Une fois l'autorisation d'exercice validée par la CAE, le médecin fait l'objet d'une décision individuelle du ministère de la santé lui accordant le plein exercice de la médecine. Il peut ainsi s'inscrire à l'Ordre professionnel et exercer librement. Il est soumis au Code de déontologie.

B - Le maintien d'une légalité partielle contrainte par la pratique

Les PADHUE qui souhaitent s'engager la PAE ne peuvent se présenter plus de trois fois aux épreuves de vérification des connaissances. A la création de cette procédure en 2005, la réglementation avait prévu deux voies de recrutement : une liste A et une liste B. La liste A (concours) s'adresse aux médecins titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat autre que ceux de l'Union-européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen, permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention.

La liste B (examen) est ouverte uniquement aux médecins justifiant de la qualité de réfugié politique, apatride, bénéficiaire de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire ou encore aux français ayant regagnés le territoire national à la demande des autorités françaises.

100 Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 (article 60), JORF du 28 juillet 1999

101 Décret n 2004-508 du 8 juin 2004, JORF du 10 juin 2004

Les candidats doivent obtenir une note supérieure ou égale à la moyenne (10 sur 20) pour être lauréats.

Cependant, la création de ces deux listes n'a pas permis pas de régulariser, en nombre, les médecins à diplôme étranger exerçant en France jusqu'alors, notamment en raison de l'aspect du concours et des places limitées. Ainsi, sous la pression des hôpitaux, qui revendiquaient la régularisation des médecins étrangers, la loi s'est adaptée une première fois avec la création de la liste C, qualifiée comme « *un avantage donné en reconnaissance des services rendus aux hôpitaux en France* »¹⁰². C'est un examen créé par la loi de financement de la sécurité sociale en 2007¹⁰³ pour les médecins qui pouvaient justifier de fonctions rémunérées en 2005 et 2006 en qualité de FFI ou d'infirmier. Cette disposition devait permettre de régulariser les situations des médecins en poste, jusqu'à épuisement de leurs droits à se présenter aux EVC, jusqu'au 31 décembre 2011. Cependant et à cette date les médecins concernés n'étaient pas encore lauréats des EVC soit pour y avoir échoué soit pour ne s'y être pas inscrits. La liste C est un examen, le candidat devait obtenir une note supérieure ou égale à la moyenne (10 sur 20) pour en être lauréat. Il pouvait ensuite s'engager dans la PAE mais avant de se présenter devant la CAE, il devait effectuer une année de pratique professionnelle dans un service validant.

Ensuite, la loi de 2012¹⁰⁴ a autorisé les médecins titulaires d'un diplôme ou titre étranger, recrutés avant le 3 août 2010, à continuer leur exercice jusqu'au 31 décembre 2016 et à se présenter aux EVC en liste C dès lors qu'ils pouvaient justifier de fonctions rémunérées pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 et de trois ans d'exercice en équivalent temps plein.

Enfin, la loi Montagne¹⁰⁵ a prolongé l'autorisation d'exercice des médecins, recrutés avant le 3 août 2010, titulaires d'un diplôme hors Union-européenne et exerçant au 31 décembre 2016 sous les statuts de praticien attaché associé, d'assistant associé ou de faisant fonction d'interne, jusqu'au 31 décembre 2018.

La liste C n'est plus accessible depuis le 31 décembre 2016. Ces dispositions, modifiées à deux reprises par la réglementation pour tenter de résoudre des situations individuelles ont permis à chaque fois d'intégrer de nouveaux médecins.

102 BERTRAND D., PATAUD G., RUBIANO L. CHEN X. La procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme hors Union-européenne depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2006. Les cahiers de la fonction publique, n°367, juin 2016, p.65-69

103 Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, JORF du 22 décembre 2006, article 83

104 Loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012, JORF du 2 février 2012 et décret 2012-659 du 4 mai 2012, JORF du 6 mai 2012, article 1

105 Loi n° 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne, article 92

En effet, des médecins remplissaient les conditions de recrutement par la liste C alors même qu'ils étaient recrutés ultérieurement à la loi de financement de la sécurité sociale de 2007 et que durant cette période leur recrutement était toujours interdit hors cadre réglementaire.

Paragraphe 2 : Une application difficile de la loi

Rappelons que la PAE est l'unique voie pour les PADHUE d'obtenir le plein exercice. Cependant, les candidatures de médecins à diplôme étranger qui ne remplissent pas cette condition préalable sont nombreuses. Aussi et face aux obligations, la tentation est grande pour les hôpitaux de procéder au recrutement d'un candidat même lorsqu'il ne remplit pas toutes les conditions réglementaires.

A - La nécessité de recourir à des recrutements hors cadre

Contraints par l'obligation de compléter les plannings médicaux, de mettre un nom sur une ligne d'astreinte ou de garde, les établissements recrutent des médecins diplômés hors Union-européenne et même s'ils ne remplissent pas toutes les conditions de recrutement. Faute de candidatures réglementairement recrutables et devant la multiplicité des statuts, les hôpitaux, et surtout les hôpitaux de proximité qui souffrent du manque d'attractivité et donc du déficit de médecins, recrutent des médecins dans l'illégalité ou aux frontières de la légalité.

Lorsqu'un établissement publie une offre d'emploi médicale, il reçoit des dizaines de candidatures de médecins à diplôme étranger. L'étude de ces candidatures est un exercice long et difficile, qu'il convient de mener au cas par cas. Les candidats peuvent avoir une nationalité différente de leur diplôme de médecine générale et encore différente de leur diplôme de spécialité. Il y a également les candidatures de médecins à diplôme étranger qui résident et exercent en France sur des statuts atypiques, pour lesquels ils ne remplissent pas ou plus les conditions. C'est le cas des médecins qui sont employés sur des statuts de faisant fonction d'interne bien après la fin de leur diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) ou diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA).

Ils exercent depuis des années en France, sont opérationnels, compétents et régulièrement formés, mais ils ont épuisé leurs droits réglementaires de recrutement et devraient rejoindre leur pays d'origine.

Cependant, ils sont installés en France, intégrés dans les équipes médicales et souhaitent y rester. Les hôpitaux les confortent d'ailleurs dans ce choix et les maintiennent en poste, d'une part faute de pouvoir les remplacer mais aussi en raison de leurs qualités professionnelles et personnelles.

Les établissements font ainsi des entorses à la règle en procédant à leur recrutement, hors cadre réglementaire. Les directions des affaires médicales se retrouvent régulièrement sollicitées par des médecins exerçant sur des statuts atypiques pour lesquels ils n'ont pas ou plus les conditions requises. A cette problématique, s'ajoute celle du droit de résidence et de travail sur le sol français, le recrutement doit répondre à tous les critères de légalité.

Des médecins ont un visa étudiant et ne peuvent travailler qu'à titre accessoire. Pour autant, ils occupent un poste à temps complet de FFI dans les hôpitaux et s'inscrivent en faculté uniquement pour pouvoir continuer à exercer.

B - Le recours au PADHUE questionné par l'éthique

Les PADHUE occupent des postes médicaux hospitaliers vacants. Ils ne sont pas intégrés « en plus » dans des organisations. Ils exercent des fonctions similaires aux médecins qui ont la plénitude d'exercice. Employés sur des statuts précaires, ils prennent en charge des activités délaissées par les médecins français, telle que la gériatrie ou les soins de suite.

Les pouvoirs publics, même en ayant la volonté de limiter leur nombre, ne peuvent se résoudre à fermer les portes à cette main d'œuvre médicale. Cela serait d'ailleurs une erreur car d'une part le niveau d'étude de médecine en France est réputé et les médecins étrangers viennent non seulement exercer mais aussi se former. D'autre part, leur présence est indispensable au bon fonctionnement des activités hospitalières. Selon F. SEURET¹⁰⁶, ils représentent « *une aubaine pour les hôpitaux qui font face à des difficultés de recrutement : en France, 64 % des médecins étrangers exercent comme salariés dans un établissement hospitalier, contre seulement 43 % des diplômés en France* ». Cependant, leur nombre est difficilement quantifiable et les chiffres avancés le sont généralement par les syndicats qui défendent leurs droits. Les hôpitaux ne sont pas tenus de demander l'aval des ARS pour les recruter, et ces médecins ne sont pas inscrits à l'Ordre professionnel.

106 SEURET F. Ces médecins venus d'ailleurs. Alternatives économiques, n°326, juillet 2013/7, p. 83

Les seules possibilités d'en connaître le nombre pourraient relever soit du déclaratif (que chaque établissement donne les informations sans omettre les médecins qui sont dans une situation à la marge de la réglementation), soit en recoupant les sources d'informations, notamment celles du trésor public. En effet, tous les personnels hospitaliers ont une fiche de paie et sont assujettis à l'impôt sur le revenu. Autrement dit, il serait tout à fait possible d'en connaître à la fois le nombre exact, l'identité et l'employeur.

Les réglementations successives ayant pour objectif d'organiser l'exercice des PADHUE ont systématiquement abouti à des régimes dérogatoires en raison de l'existence de situations atypiques que la réglementation avait laissé s'installer. Dans les hôpitaux français, des PADHUE exercent hors cadre réglementaire et on ne peut l'ignorer. En essayant de régler des situations individuelles, les différentes dérogations ont chaque fois laissé entrer de nouveaux médecins dans le dispositif. Les conditions pour se présenter aux ECV en liste C ont évolué permettant à des médecins, arrivés sur le sol français dans les règles mais ayant épuisé leurs droits, d'avoir in fine l'autorisation de s'y présenter.

Le principe du concours de la PAE ne permet pas de garantir la qualité de la candidature ni les motivations du candidat. Des candidats lauréats des EVC s'engagent dans la PAE sans pour autant avoir un niveau suffisant pour exercer en toute sécurité. A l'inverse, des médecins qui exercent en France, qui sont formés et donnent toute satisfaction échouent au concours.

Ainsi, la PAE est-elle le meilleur moyen pour faire entrer des médecins étrangers ? Les épreuves de sélection permettent-elles d'apprécier à sa juste valeur une candidature, tant sur ses connaissances que sur ses motivations ?

La pénibilité des études de médecine est mise en avant par les étudiants français. Elles sont jugées difficiles et décourageantes. Ainsi, de plus en plus d'étudiants ne souhaitent plus passer entrer en PACES et s'orientent directement vers les facultés de médecine européennes. Certes, ils déboursent des sommes conséquentes pour accéder à cette formation hors de nos frontières mais ils ont la garantie de réussite et surtout la possibilité d'intégrer le troisième cycle des études de médecine en France.

La pléthore médicale est une crainte affichée, dès les années 1940, par la profession médicale elle-même. Le numerus clausus apparaît pour la première fois sous le régime de Vichy pour limiter le nombre de Juifs dans les facultés et dans la profession de médecin. Par deux fois, en 2014¹⁰⁷ et en 2017¹⁰⁸, A. LECA a qualifié le numerus clausus « *d'erreur bureaucratique et de faute éthique* ». Il pointe la mauvaise gestion de ce disposition, générateur de pénurie.

D'une crainte infondée de surencombrement médical et dans le souci de limiter les dépenses de santé, nous vivons aujourd'hui une période difficile quant aux effectifs médicaux et cela impacte la gestion des établissements publics de santé qui doivent composer avec leurs besoins et la réglementation.

107 LECA A. Le numerus clausus médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes. RGDM, n°51, juin 2014, p. 187-194

108 LECA A. Un siècle d'iniquités dans l'accès aux études médicales en France – du numerus clausus vichyste à la « savonnette à vilains » roumaine. RGDM, n°65, décembre 2017, p. 171-187

Chapitre 2 : Un arbitrage complexe entre nécessités et exigences

Les pouvoirs publics ont toujours tenté de réguler le nombre de médecins étrangers au travers de réformes successives, avec des limitations et des interdictions d'exercice (section 1). Mais les pratiques sont guidées par la nécessité et leur recrutement a pris d'autres formes et que les hôpitaux se sont toujours organisés pour les accueillir (section 2).

Section 1 : Une volonté affichée de limiter les autorisations de plein exercice

Les quotas par spécialités qui sont déterminés chaque année pour la PAE, permettent de réguler le nombre de PADHUE qui viennent exercer en France (paragraphe 1). Pour autant, et comme ces quotas ne permettent pas de répondre aux besoins, les médecins étrangers sont recrutés via d'autres dispositifs, sous couvert de formation et sur des statuts précaires (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : la PAE, un numerus clausus déguisé

La PAE se traduit pour la grande majorité des médecins à diplôme étranger, par un concours sélectif. Ils sont de plus en plus nombreux à se présenter aux EVC qui marquent la première étape mais aussi le début d'une procédure longue et compliquée.

A - Une sélection stricte reposant sur des quotas par spécialités

Le concours de la PAE est ouvert chaque année par le centre national de gestion. Un arrêté ministériel fixe, entre autres, le nombre maximal de candidats susceptibles d'être reçus pour chaque spécialité. Ce quota est différent chaque année mais en constante augmentation. Pour les seuls médecins, il y avait, toutes spécialités confondues, 375 places en 2015, 446 en 2016 et 499 en 2017.

Cependant, le taux d'échec est important en particulier pour les médecins qui exercent déjà en France, même si rappelons-le la loi HPST du 21 juillet 2009¹⁰⁹ a porté de deux à trois le nombre de possibilités à se présenter aux EVC.

¹⁰⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF du 22 juillet 2009

Aussi, la création de la liste C, pour les médecins diplômés hors Union-européenne, qui pouvaient justifier de fonctions rémunérées en 2005 et 2006 en qualité de FFI ou d'infirmier devait permettre de régulariser un maximum de situations.

Ainsi, le nombre de places de la PAE pour l'année 2012 a été augmenté de façon significative. Les quotas par spécialités poussent les candidats à déjouer le système : des spécialistes à diplôme étranger se présentent aux EVC en médecine générale et non dans leur spécialité car les quotas en médecine générale sont plus importants que dans les spécialités médicales et favorisent leur chance de pouvoir s'engager dans la PAE.

Ce procédé pose problèmes. D'une part, le médecin étranger ayant suivi une formation de spécialiste dans son pays d'origine, pour laquelle il a consacré des années de formation complémentaires, paraît surqualifié pour l'exercice de la médecine générale en France. D'autre part, le médecin étranger n'a que peu ou pas du tout pratiqué la médecine générale dans son pays d'origine et cela peut accroître sa difficulté à l'exercice de la médecine générale en France. Sans compter que pour s'engager dans la PAE, il doit effectuer trois années de pratique professionnelle dans un service agréé pour l'accueil des internes. Il est alors obligé, non seulement de s'adapter à un nouveau pays et de nouvelles modalités d'exercice médical, mais aussi d'apprendre un exercice médical différent de celui qu'il pratiquait jusqu'alors. Enfin dès qu'il aura validé sa PAE en médecine générale, il sera inscrit en tant que tel à l'Ordre des médecins et ne pourra pas exercer sa spécialité en France, sauf à reprendre ses études.

A titre d'exemple, un hôpital des Côtes-d'Armor avait recruté un PADHUE, titulaire des EVC en médecine générale, cardiologue de formation. Il avait une compétence reconnue et appréciée, pour l'unité de médecine polyvalente, dans la prise en charge des pathologies cardiaques mais avait dû apprendre l'exercice de la médecine polyvalente et ses rouages en France. Pour les établissements de proximité, il s'avère difficile de fidéliser des profils médicaux de ce type en proposant un exercice attractif. En effet, ces médecins sont à la recherche d'un lieu d'exercice qui tend à les rapprocher de leur spécialité. Dans le cas présent, le praticien voulait exercer dans un service de médecine polyvalente à orientation cardiologique avec un plateau technique en adéquation, il est donc allé exercer dans un établissement plus important au bout de quelques mois. Un tel recrutement demande beaucoup d'investissement pour les hôpitaux, tant de la part de la direction que de la communauté médicale. Le « retour sur investissement » est inexistant car le médecin ne reste pas suffisamment longtemps dans l'établissement pour développer l'activité.

B - Des médecins devant faire leurs preuves

Les lauréats des EVC ont cinq ans, à la suite de leur admission, pour s'engager dans la PAE et effectuer les trois années de pratique médicale à temps complet nécessaires à la présentation de leur dossier devant la commission d'autorisation d'exercice (CAE).

Ces trois années sont à effectuer dans un service agréé pour l'accueil des internes et dans la spécialité pour laquelle ils ont passé les EVC. Cette période est un stage-formation et les médecins doivent apporter, à la CAE, toutes les garanties que leur exercice professionnel leur a permis de conforter à la fois leurs connaissances et leur pratique. Pendant cette période, ils doivent participer à la prise en charge des patients mais aussi suivre des formations et ont tout intérêt à s'engager dans la vie institutionnelle des établissements. Le taux de réussite à la PAE est élevé, « *la commission d'autorisation d'exercice constate la pratique et l'exercice professionnel. Lorsque les candidats se présentent, ils sont reçus à plus de 80 %. Ceux qui n'ont pas réussi, ont des mesures compensatoires à effectuer, pratiques et/ou formatives, et repassent devant la commission d'autorisation d'exercice : le taux de réussite est alors supérieur à 90 %* »¹¹⁰. Cependant, la durée de cette procédure est longue, en particulier quand la commission demande au médecin d'effectuer un stage de pratique professionnelle complémentaire avant de prendre sa décision.

Certains médecins étrangers perçoivent cette période de façon négative et ont l'impression de devoir, de nouveau, faire leurs preuves. En effet, ils ont déjà effectué leurs études dans leur pays d'origine et pour la majorité d'entre eux, ont déjà exercé la médecine en toute autonomie. Décider de passer les EVC en France et s'engager dans la PAE revient alors à revenir en arrière et à se positionner de nouveau comme un étudiant. De plus, n'ayant pas la plénitude d'exercice, ils sont placés sous la responsabilité d'un médecin senior, cette supervision peut être mal vécue. Ils sont employés en qualité d'assistants associés ou praticiens attachés associés dans le cadre de contrats à durée déterminée entre deux et douze mois dans la majeure partie des cas. C'est une situation précaire qui ne permet pas de faire des projets professionnels ou personnels à long terme.

110 BERTRAND D., PATAUD G., RUBIANO L. CHEN X. La procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme hors Union-européenne depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2006. Les cahiers de la fonction publique, n°367, juin 2016, p.65-69

Au niveau de leur autorisation de séjour sur le sol français, ils ont l'obligation de demander un titre en règle, en fonction de leurs contrats de travail. Ils doivent se présenter systématiquement aux services préfectoraux. Un médecin a rapporté avoir vécu ces démarches comme une humiliation : « *je ne me sentais pas légitime, toujours en demande de régularisation. C'était désagréable et pourtant obligatoire* »¹¹¹. La lourdeur administrative et le nécessaire apport de preuves dont a besoin l'administration pour octroyer les titres de séjour découragent les plus motivés.

Paragraphe 2 : Une réglementation en constante évolution incitant au recrutement sur des statuts incertains

A - La voie de la formation : un statut précaire et éphémère

Les médecins et étudiants étrangers ont toujours eu la possibilité de venir compléter et conforter leur formation médicale en France. Pour les pouvoirs publics, ce procédé permet de contribuer aux échanges internationaux. Pour les pays étrangers, il s'agit de permettre à leurs ressortissants d'acquérir des compétences complémentaires et spécialisées pour lesquelles ils ne peuvent pas les former. Ainsi, la réglementation a toujours favorisé les possibilités de formations médicales pour les médecins étrangers. Depuis 2015¹¹², les hôpitaux ont la possibilité de recruter un FFI sur un poste d'interne resté vacant, à l'issue de la procédure de choix des postes d'internes. Cependant et pour A. DREXLER « *cela renforce globalement le nombre de postes ouverts non choisis, alors même que les demandes d'ouverture de postes d'internes correspondent à des besoins réels de fonctionnement des services* »¹¹³. Le nombre de postes d'internes a augmenté en raison essentiellement des modifications de la réglementation relative à leur temps de travail¹¹⁴. Cette réforme a diminué le temps de présence des internes dans les services et a augmenté le nombre de postes d'internes nécessaires au maintien des organisations en place. Les candidats FFI peuvent être soit des médecins français ayant validé le troisième cycle des études médicales devant soutenir leur thèse, soit des étudiants de l'Union-européenne. Dans tous les cas, les médecins ou étudiants titulaires d'un diplôme obtenu hors Union-européenne ne peuvent légitimement occuper un poste de FFI sauf, rappelons-le, à s'engager dans les dispositifs de DFMS ou DFMSA.

111 Entretien un gynécologue-obstétricien hospitalier, Côtes-d'Armor

112 Arrêté du 20 février 2015, JORF du 22 février 2015

113 DREXLER A. Médecin à diplôme étranger : qui recruter pour 2017 ? RHF, janvier-février 2017, p. 42-45

114 Décret n°2015-225 du 26 février 2015, JORF du 28 février 2015

Les médecins diplômés hors Union-européenne peuvent également postuler pour un recrutement dans le cadre d'action de coopération rendu possible à la suite de l'arrêté du 16 mai 2011¹¹⁵, à l'origine de la création du statut de stagiaire-associé. Ce statut permet aux candidats de bénéficier d'une formation pratique et complémentaire au sein d'un hôpital. Le recrutement s'organise dans le cadre exclusif d'une action de coopération internationale et donne lieu à la signature de deux conventions. Dans un premier temps, il s'agit d'établir une convention de coopération internationale et générale entre deux établissements de même nature, l'un en France et l'autre dans un pays étranger. Dans un second temps, il s'agit de signer une convention d'accueil tripartite entre le médecin-stagiaire, son établissement d'origine et l'établissement d'accueil, qui fixe les objectifs et la durée de la formation (comprise entre six mois et deux ans).

Les statuts de FFI et de stagiaire associé sont comparables en de nombreux points. Ils ne sont pas pérennes et ne peuvent se justifier que sous l'égide de la formation du candidat qui en bénéficie. Les émoluments perçus ne sont pas élevés (en moyenne 1 500 euros nets mensuel) par contre, à l'image des internes, l'établissement d'accueil assure le logement et la nourriture. Les médecins n'ont pas le plein exercice de la médecine et doivent exercer sous la responsabilité d'un senior. A l'issue de cette formation, les médecins ont vocation à retourner dans leur pays d'origine, à moins d'être lauréats des EVC qui permettent de s'engager dans la PAE. Dans ce cas, ils sont recrutés sur un statut d'associé.

B - L'innovation réglementaire par le décret du 22/11/2017

Fin 2017, la réglementation en matière d'exercice des PADHUE, a évolué d'une manière qu'il convient de souligner. Le décret du 22 novembre 2017¹¹⁶, complété par l'arrêté du 19 mars 2018¹¹⁷, crée une innovation réglementaire et instaure une autorisation d'exercice temporaire de la médecine.

Ce dispositif est ouvert aux professionnels médicaux étrangers spécialistes non ressortissants de l'Union-européenne, aux étudiants en médecine et aux médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes spécialistes étrangers qui souhaitent suivre une formation complémentaire en France.

115 Arrêté du 16 mai 2011 relatif aux stagiaires associés mentionnés au 1° de l'article R. 6134-2 du CSP, JORF du 31 mai 2011

116 Décret n°2017-1601 du 22 novembre 2017, JORF du 24 novembre 2017

117 Arrêté du 19 mars 2018 fixant la procédure de délivrance de l'autorisation temporaire d'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire ou de la pharmacie et le modèle de convention d'accueil mentionnée à l'article R. 4111-35 du code de la santé publique, JORF du 22 mars 2018

Plusieurs instances interviennent dans sa mise en œuvre, notamment les unités de formation et de recherche de médecine, le conseil national de l'ordre des médecins, le centre national de gestion et les agences régionales de santé.

Ces nouvelles dispositions dérogent au régime connu jusqu'alors où le médecin à diplôme étranger et qui venait exercer en France sous couvert d'une formation n'avait pas le plein exercice. En effet, il se voit délivrer une autorisation d'exercice temporaire, d'une durée minimale de trois mois et maximale de deux ans. Il est inscrit au tableau de l'Ordre professionnel et relève des dispositions du code de déontologie. Le praticien doit être accueilli par un établissement de santé, dans un service agréé pour la formation du troisième cycle des études de médecine, dans le cadre d'un projet de formation complémentaire en lien avec sa spécialité. Les obligations de service du médecin sont définies en fonction de la formation suivie et peuvent être partagées entre une activité hospitalière, une activité de recherche et un temps de formation universitaire. Un rapport d'évaluation est adressé à l'Ordre professionnel par l'établissement d'accueil, une fois par an.

En ce qui concerne son recrutement, le médecin étranger relève du statut de praticien contractuel et perçoit les émoluments en conséquence. Au terme de la période écoulée, il n'a pas vocation à rester en France, sauf à s'engager dans la PAE.

Ce nouveau dispositif est assez surprenant. D'une part, le médecin étranger a une autorisation d'exercice temporaire qui le rend entièrement responsable de ses actes. Il peut participer, sans restrictions, à la continuité de service et à la permanence des soins. Il n'est pas encadré par un médecin senior mais il est accueilli dans un service agréé pour l'accueil des internes, permettant de garantir un encadrement suffisant. D'autre part, le médecin étranger relève du statut des praticiens contractuels qui est communément le statut sur lequel les hôpitaux recrutent les médecins sur postes vacants ou sur des missions spécifiques. Il est donc placé sur le même statut que ses pairs diplômés en France. Il a des droits et surtout une rémunération identique alors que depuis toujours, le médecin à diplôme étranger était employé sur un statut précaire et percevait une rémunération inférieure à celle des médecins Français.

Le fait que les médecins diplômés en France et ceux diplômés hors Union-européenne soient placés sur le même statut et perçoivent une rémunération identique peut poser problème dans les services. Les PADHUE viennent compléter leur formation et ne seront peut-être pas opérationnels aussi rapidement et pourtant seront à égalité de traitement.

Le monde médical hospitalier a été, par le passé, plutôt hostile à la présence des médecins étrangers, les acceptant sur des postes vacants ou sur des activités délaissées, car moins attractives (gériatrie, hébergement, etc). Ce nouveau statut place les médecins étrangers à égalité de leurs pairs, affichant une volonté de reconnaître leurs compétences mais aussi de leur octroyer un exercice médical similaire y compris pour la continuité de service et la permanence des soins.

Section 2 : Les hôpitaux soumis à une obligation d'organisation et d'exercice encadré

L'hôpital de proximité doit relever le défi que représente la présence des PADHUE. L'enjeu est, non seulement, de mener à bien leur recrutement mais aussi de réussir leur intégration (paragraphe 1). Au-delà de l'organisation institutionnelle, qu'il convient de déployer et de conforter pour y arriver, les médecins seniors jouent un rôle essentiel (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une intégration complexe des PADHUE dans les services

La présence des PADHUE implique que les hôpitaux s'organisent et garantissent un niveau de formation et d'encadrement suffisant. Ils sont diplômés dans leur pays d'origine mais peuvent nécessiter une vigilance accrue des médecins seniors, dans les premiers mois de leur intégration.

A - Une offre d'accompagnement renforçant l'attractivité de l'établissement

Depuis quelques années, les hôpitaux développent une culture d'établissement, à l'image de la culture d'entreprise, qui permet de favoriser le recrutement médical. Après le développement de l'attractivité auprès des internes, il s'agit de faire de même auprès des médecins étrangers. L'enjeu lié aux candidatures médicales extra-communautaires réside dans le recrutement et la fidélisation. Pour cela, les hôpitaux proposent des aides à l'installation. Les médecins étrangers apprécient avoir un seul interlocuteur pour répondre à leurs préoccupations diverses et les aider dans les démarches administratives, même s'ils connaissent très bien leurs droits et la réglementation française en la matière.

La politique d'immigration en France est très encadrée. Elle fait l'objet d'un avis de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et d'une validation des bureaux de la main d'œuvre étrangère de la Préfecture.

Le médecin étranger qui arrive sur le sol Français doit être en règle tant sur le séjour que sur l'exercice de la médecine.

Il appartient au chef d'établissement de s'assurer de la régularité du recrutement qu'il opère et ce n'est pas chose facile. La réglementation en matière de titre de séjour n'est pas toujours bien maîtrisée et la procédure n'est pas identique pour chaque mode de recrutement. Pour recruter dans de bonnes conditions, il est donc nécessaire que les hôpitaux aient une bonne connaissance des procédures afin de renseigner et orienter au mieux le candidat concerné. Un accompagnement personnalisé et administratif est nécessaire pour mener à bien le recrutement, dans des délais compatibles avec les besoins des établissements. Dans la majorité des cas, le médecin étranger qui vient exercer pour la première fois ne peut pas être accompagné par sa famille. Il doit patienter 18 mois pour répondre aux critères de la procédure de rapprochement familial. Cet impératif en décourage plus d'un car, dans d'autres pays, la règle est différente. Par exemple, aux États-Unis dès que le médecin étranger est autorisé à exercer, il peut immigrer avec sa famille.

En matière de rémunération, les statuts ne permettent pas aux chefs d'établissement toute la latitude demandée par les médecins. Le recrutement et l'évolution salariale se font dans un cadre réglementaire contraint. Cependant, la pénurie médicale et la raréfaction des candidatures de médecins diplômés hors de France réglementairement recrutables engendrent une négociation salariale toujours plus compliquée. Les exigences de rémunération et avantages en nature sont des éléments avec lesquels les directions des affaires médicales doivent composer au quotidien, renforcés par la concurrence entre les hôpitaux. Les médecins étrangers négocient de plus en plus leur rémunération. S'ils sont engagés dans la PAE, ils sont communément recrutés en qualité de praticien attaché associé et négocient à la fois leur traitement de base et la participation accrue à la permanence des soins dont la rémunération peut faire varier, de façon significative, leur rémunération.

B - L'exigence d'une intégration renforcée aux équipes médicales et paramédicales

Pour recruter, les hôpitaux doivent être attractifs et réactifs. Il convient d'avoir une politique d'accueil affichée permettant l'intégration non seulement dans le service d'accueil mais aussi dans la structure. L'intégration des médecins étrangers n'a pas toujours été facile au sein des services hospitaliers, leur recrutement a souvent suscité des critiques ouvertes de la part de la profession.

En 2011, M-O. DEPLAUDE écrit que « *Les recrutements des médecins à diplôme extracommunautaire sont présentés comme symptomatiques d'une dégradation des conditions d'exercice à l'hôpital et d'un affaiblissement du prestige de la spécialité, comme de la chirurgie* »¹¹⁸. La profession a souvent mis en cause les compétences des médecins étrangers, sous couvert de la santé publique et arguant du fait que la formation française est une formation d'excellence. Cependant, les mentalités évoluent. Les médecins étrangers étant indispensables au fonctionnement hospitalier, leur intégration est désormais un enjeu capital qui permet de maintenir des activités, construire l'avenir et mettre en place des projets.

Le préalable à l'accueil des médecins à diplômes étrangers, qu'ils soient engagés dans la PAE, stagiaire-associé ou praticien contractuel encadré par le décret du 22 novembre 2017, est l'obtention d'un agrément pour l'accueil des internes de troisième cycle. Cet agrément est la garantie que les médecins seront encadrés dans leur pratique.

Si certains médecins s'intègrent très facilement dans les services et les organisations et s'engagent dans la vie institutionnelle et les projets de l'établissement, d'autres pratiquent le « nomadisme hospitalier ». Comme ils doivent exercer trois années de fonctions hospitalières avant de présenter leur dossier devant la CAE, ils vont s'attacher à compléter au mieux leur dossier en passant de services en services et d'hôpitaux en hôpitaux, afin de multiplier les expériences. Pour tenter de les fidéliser tout en leur offrant des opportunités professionnelles, les GHT s'organisent et mettent en place des parcours professionnels. Cela permet au médecin étranger de travailler dans différents établissements et services ainsi que de découvrir plusieurs activités hospitalières avec des plateaux techniques différents. Il ne faut pas oublier que le médecin étranger qui arrive en France ne connaît pas le secteur de la santé. Il doit donc en plus de parfaire sa maîtrise de la langue, apprendre les rouages de l'organisation hospitalière (logiciels métiers, modes de prise en charge en relais de l'hôpital, ...) et sociale. Rappelons-le, la question du devenir des patients en poste-hospitalisation est une préoccupation médicale hospitalière forte.

Cet accompagnement est autant d'investissement pour le médecin que pour l'établissement. La question de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par les médecins étrangers est taboue. Les compétences professionnelles des PADHUE sont, selon les pays, différentes et dépendantes des motivations du candidat.

118 DEPLAUDE M-O. Une xénophobie de l'Etat : les médecins-étrangers en France (1945-2006). Politix, volume 24, n°95, 2011, p. 207-231

Quand on interroge des médecins hospitaliers à ce sujet, ils sont évasifs et répondent « *il y a de bons (médecins) et de moins bons mais dans une équipe médicale, on peut gérer ces disparités de formation et de connaissances afin d'avancer tous dans le même sens* »¹¹⁹. Dans la majorité des cas, les avis se rejoignent, à savoir, qu'ils doivent développer certaines compétences tant sur le champ médical que personnel. Un chef de service d'un hôpital du centre de la France avait évoqué les différences culturelles des médecins étrangers par rapport aux médecins français : « *c'est un problème culturel, par exemple autour des droits des patients. En soins palliatifs, par exemple, arrêter les traitements ne fait souvent pas partie de leur culture. Informer les patients n'est pas leur habitude. Il peut y avoir des conflits de valeurs* »¹²⁰.

Tout ceci confirme le nécessaire encadrement qu'il convient de mettre en place afin que l'intégration des médecins étrangers soit réussie et que les équipes médicales et paramédicales puissent travailler en coordination.

Paragraphe 2 : L'exercice des PADHUE, un encadrement professionnel nécessaire

La présence et l'engagement des médecins seniors est un préalable dont l'hôpital ne peut se passer dans l'accompagnement quotidien des PADHUE, ils exercent sous la responsabilité d'un médecin inscrit à l'Ordre professionnel. Cependant et pour pouvoir assurer la continuité de service et la permanence des soins, les directions valident des dérives organisationnelles.

A - L'engagement des médecins seniors dans l'accompagnement des PADHUE

Les missions des médecins associés sont définies par le Code de la santé publique mais moins précisément que pour les praticiens hospitaliers ou les internes. Les assistants associés « *exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou, en cas d'empêchement de celui-ci, de l'un de ses collaborateurs médecin, odontologiste ou pharmacien. Ils sont associés à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique assurée sur place, mais ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements* »¹²¹. Les praticiens associés « *participent à l'activité de l'établissement public de santé sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou de l'un de ses collaborateurs médecin, chirurgien, odontologiste ou pharmacien. A ce titre, ils peuvent exécuter des actes médicaux ou pharmaceutiques de pratique courante.*

119 Entretien avec un médecin hospitalier, ayant un agrément pour l'accueil des internes

120 FAVEREAU E. Hôpital : le tabou des médecins aux diplômes étrangers, Libération, 28 décembre 2017

121 Article R6152-538 du CSP

Ils peuvent être appelés à collaborer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique organisée sur place, en appui des personnels médicaux du service statutairement habilités à participer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique et sous leur responsabilité. Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements »¹²².

Les médecins à diplôme étranger n'ont pas la plénitude d'exercice, ils sont limités dans leurs fonctions et dans leur pratique médicale. Ils exercent sous la responsabilité d'un médecin senior. Ils ne sont pas autorisés à prescrire ou établir des certificats. Ces dispositions tendent d'une part, à garantir la qualité et la sécurité des soins avec l'instauration d'une supervision médicale et d'autre part à conforter leur formation. Cependant, l'investissement pour le médecin senior est conséquent et certains ne souhaitent pas endosser ces responsabilités. En effet, ils engagent leur responsabilité médicale en tant que telle, à l'image de la responsabilité qu'ils engagent pour les internes et doivent en plus consacrer du temps à la supervision et à la formation. Certes, les PADHUE ne demandent pas autant d'investissement que les internes car ils sont déjà formés à la médecine et ont exercé dans leur pays d'origine. Une fois leur formation au système français acquise, ils sont autonomes dans la pratique, mais sur le papier ils restent supervisés. Les directions, quant à elles, sont garantes des tableaux mensuels de services médicaux et doivent penser l'organisation en fonction de ces obligations et garantir la couverture médicale.

La principale difficulté dans le fonctionnement des hôpitaux, liée à la présence des PADHUE, réside dans l'organisation de la permanence des soins pour laquelle le Code de la santé publique précise que « *les assistants associés et les praticiens attachés associés peuvent être appelés à collaborer à la permanence des soins, en appui de la permanence sur place ou de l'astreinte à domicile effectuées par les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques statutairement habilités à y participer* »¹²³ et « *les assistants associés et les praticiens attachés associés ne peuvent pas effectuer d'astreintes à domicile* »¹²⁴.

122 Article R-6152-632 du CSP

123 Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JORF du 2 mai 2003, article 9

124 Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JORF du 2 mai 2003, article 10

Ainsi, les PADHUE peuvent uniquement venir en appui de la permanence de soins et ne peuvent pas être « laissés seuls » dans cet exercice, ils doivent toujours être supervisés par un médecin ayant la plénitude d'exercice.

Les directions des hôpitaux doivent assurer la continuité de service et la permanence des soins en prenant en compte ce paramètre dans des équipes médicales souvent déficitaires mais dans l'obligation d'assurer le service.

B - Des dérives organisationnelles consenties par la nécessité

Dans les hôpitaux de proximité, il est fréquent que les équipes médicales soient davantage composées de PADHUE que de médecins ayant la plénitude d'exercice. Ainsi, l'application de la réglementation en matière d'exercice des PADHUE est adaptée, la responsabilité de déroger à la règle est portée par le chef d'établissement. Cependant et sur ce sujet encore une fois, la nécessité l'emporte et les directeurs sont contraints de déroger à la règle pour maintenir la pérennité de l'activité.

En réalité, les médecins attachés participent autant, si ce n'est plus, aux gardes et astreintes, qu'elles soient réalisées sur place ou à domicile. Dans un premier temps, la participation à la permanence des soins est un facteur d'attractivité pour les PADHUE en raison du complément de rémunération qu'elle génère. Dans un second temps, les équipes médicales sont fragilisées par des effectifs de médecins seniors déficitaires qui ne peuvent à eux seuls garantir la continuité de service et la permanence des soins dans des conditions optimales de sécurité.

Il faut préciser également que les chefs d'établissement sont garants de l'organisation médicale, au travers de la validation des tableaux mensuels de service, et doivent respecter le temps de travail et le repos compensateur. A. DREXLER évoque déjà le sujet en 2008 et écrit que « *le choix n'est pas aisé à faire entre d'une part le non-fonctionnement d'un service et les risques médico-légaux susceptibles de survenir en cas de listes de gardes ou de lignes d'astreintes incomplètes, et, d'autre part le positionnement pour une garde sans doublure ou une astreinte d'un praticien associé qui a fait les preuves de son efficacité (...)* »¹²⁵. En effet, il va sans dire que les médecins seniors placent leur confiance dans les médecins associés qui participent à la permanence des soins et que le moindre doute sur la prise en charge remet en question la participation du médecin associé.

125 DREXLER A. Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics. Mémoire de directeur d'hôpital, promotion 2007-2009, EHESP, p. 25

Il convient d'évoquer une autre dérive qui se développe et pose davantage de questions : celle des PADHUE qui effectuent des missions temporaires. Les hôpitaux ont de plus en plus recours à l'intérim médical, notamment pour des spécialités en tension comme la médecine d'urgence.

La difficulté à pourvoir les demandes de médecins intérimaires incitent des entreprises de travail temporaire à proposer aux hôpitaux des médecins qui n'ont pas la plénitude d'exercice et ne sont pas inscrits à l'Ordre professionnel. Pour la plupart il s'agit de médecins à diplôme étranger, engagés dans la PAE et qui sont en cours de formation. Ils ne peuvent exercer en dehors d'un service validant et sans la tutelle d'un médecin senior. Ils travaillent de façon régulière dans un autre hôpital et sur leur « temps libre », souvent des congés annuels ou des jours d'ARTT, effectuent des missions temporaires en raison essentiellement de la rémunération complémentaire que cela leur procure.

Encore une fois, les établissements doivent accepter. L'accueil de ces médecins est facilité si le service hospitalier a un agrément pour la formation des étudiants de troisième cycle. Cependant, ils doivent être supervisés par un senior et tous n'acceptent pas d'engager leur responsabilité, cette réserve est bien compréhensible. Cette organisation ne peut se faire que dans un climat de confiance et bien souvent avec des praticiens qui sont connus et interviennent régulièrement.

Les médecins étrangers qui effectuent des missions temporaires perçoivent une rémunération similaire aux autres médecins intérimaires alors même que leur exercice n'est pas identique. Par exemple, ils ne peuvent assurer les sorties SMUR car dans un tel cas, ils sont seuls et ne peuvent pas être supervisés. Cela a pour conséquence un surcroît de travail pour le médecin qui fait équipe avec l'intérimaire qui n'a pas la plénitude d'exercice, cela génère des tensions dans les équipes médicales. Il appartient donc à la direction de l'établissement de s'assurer que l'organisation du service et les médecins en poste permettent ce fonctionnement.

La régularité du recrutement relève toujours de la responsabilité du chef d'établissement qui, face aux contraintes et aux obligations qui s'imposent, tente de limiter les irrégularités dans un contexte déjà très illégal. Cependant, tous les établissements ne prennent pas ce minimum de garanties et laissent exercer des médecins intérimaires sans plénitude d'exercice dans un service qui ne peut réglementairement les accueillir.

Conclusion

La présence des médecins étrangers est encore aujourd'hui un sujet tabou. A l'exception des établissements universitaires, ou de ceux situés dans des régions dites attractives, les hôpitaux ne peuvent fonctionner sans leur concours. La pénurie médicale actuelle ne permet pas de prévoir, dans les dix années à venir, une amélioration significative de la situation. Les hôpitaux ne sont pas à l'aube de connaître la pléthore médicale.

Aussi, il convient de ne pas tant se focaliser sur l'origine des médecins, et de leurs diplômes, mais bien davantage sur le défaut d'attractivité de l'hôpital et son manque de moyens pour y remédier.

L'intégration des médecins étrangers est complexe, la procédure pour obtenir le plein exercice contraignante. Certains se retrouvent dans l'impasse, après avoir tenté toutes les voies réglementaires leur permettant d'espérer une issue positive à leur situation. Les plus perspicaces n'hésitent pas à emprunter la voie de la reprise d'études qui, en fonction de leur parcours, leur permet de bénéficier de dispenses de scolarité et d'intégrer les études de médecine en cinquième année. Mais, là encore les difficultés sont importantes. D'une part, les médecins doivent se présenter au concours de la PACES et n'ont pas toujours les connaissances fondamentales requises, à l'image des bacheliers ou des candidats ayant bénéficié d'un cursus préparatoire. D'autre part, ils doivent passer les ECN et n'ont pas la garantie de pouvoir exercer la spécialité médicale dans laquelle ils avaient fait leurs études initialement.

Si le recrutement des médecins à diplôme étranger est une nécessité pour l'hôpital, notamment pour l'hôpital de proximité, il représente une solution partielle à la pénurie médicale et aux difficultés de recrutement. En effet, les médecins étrangers, après un long parcours pour obtenir le plein exercice de la médecine et un accompagnement des hôpitaux, vont majoritairement exercer dans le secteur privé. Les rémunérations y sont plus attractives et permettent surtout de compenser le manque à gagner des années passées en qualité d'associé où leur rémunération était inférieure au praticien titulaires. En début de carrière, la différence de rémunération entre le privé et public approche les 2000 euros nets mensuel.

Un autre aspect de la question que soulève ce sujet et que nous n'avons volontairement pas développé dans ce travail mais qui mérite d'être abordé, est celui de la migration internationale des professionnels de santé.

Le CNOM parle d'ailleurs d'étudier « *la balance entre l'attractivité des pays d'accueil et la fuite des pays pourvoyeurs de ces flux* »¹²⁶. Le pays d'accueil doit travailler sur les modalités d'immigration et l'accompagnement des professionnels. La décision d'exercer dans un autre pays est difficile, à prendre et à réaliser. Cela implique un changement de culture et de mode d'exercice. C'est une décision majeure dans une vie, qui impacte de nombreux champs, professionnels et familiaux.

Les pays qui subissent cette fuite doivent composer avec tous les impacts que cela génère, tant sur l'offre de soins que sur la démographie médicale. La situation des médecins étrangers en France est bien connue. Depuis les années 1990, il y a eu des améliorations significatives mais rien n'est totalement résolu et le flux migratoire reste continu.

A la fin de l'année 2017, une quarantaine de médecins, diplômés hors Union-européenne et exerçant dans les hôpitaux sous des statuts précaires, se sont rassemblés devant le Ministère de la santé. Ils voulaient interpeller les pouvoirs publics sur leur situation en revendiquant une meilleure reconnaissance de leurs compétences. Le SNPADHUE estime qu'en 2018, ils sont encore « *2500 médecins à exercer dans les hôpitaux en qualité de FFI ou de praticien attaché associé avec de faibles rémunérations, des contrats courts et sans perspectives d'évolution. Leur situation administrative est complexe. Jusqu'à fin 2016, des mesures dérogatoires permettaient à ceux arrivés en France avant août 2010 de valider leur diplôme en passant un examen au terme de trois années d'exercice. Environ 500 médecins, qui n'ont pas obtenu cet examen, sont autorisés à exercer jusqu'à fin décembre 2018* »¹²⁷. Dans les hôpitaux, la question sur leur devenir reste entière. Une interrogation majeure car ils doivent construire aujourd'hui leurs organisations de demain et sont tenus de prévoir leur activité pour dimensionner leur niveau de dépenses.

« Ces médecins (les médecins à diplômes étrangers) doivent au même titre que leurs confrères bénéficier de la confraternité, de l'entraide, et ne doivent pas être considérés comme des "envahisseurs", notre devoir est de les aider à intégrer notre système de santé. »

reconnait le Dr Patrick BOUET, Président du CNOM

126 Conseil National de l'Ordre des Médecins. Flux migratoire des médecins diplômés hors de France. Octobre 2017

127 E. FAVEREAU. Hôpital : le tabou des médecins aux diplômes étrangers, Libération, 28 décembre 2017

Bibliographie

Ouvrages

BERGOIGNAN-ESPER C., COPIN J-Y. Le statut des médecins à l'hôpital. JuriSanté, édition 2015
CHARRIEAU M., JAGLIN C., LUCAS A. Fichier permanent des personnels médicaux. Éditions ENSP
GUINCHARD S., DEBARD T. Lexique des termes juridiques 2017-2018. Collection DALLOZ
MOQUET-ANGER M-L. Droit Hospitalier. Collection LGDJ, 4^{ème} édition

Rapports

Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale. Octobre 2017
Conseil National de l'Ordre des Médecins. Flux migratoire des médecins diplômés hors de France. Octobre 2017
Rapport de la Cour des Comptes. L'avenir de l'assurance maladie. 29 novembre 2017
Rapport GRALL. La territorialisation sur l'activité des urgences. Juillet 2015
Rapport n° 274, session ordinaire enregistrée à la présidence du sénat le 19 janvier 2012
Rapport POLTRON. Quel système de santé à l'horizon 2020. La documentation française. Octobre 2000.
Rapport VERAN. Hôpital cherche médecins, coûte que coûte - essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public. Assemblée Nationale, décembre 2013

Documentation

Agence Régionale de Santé Bretagne. Recours à l'intérim pour les professions médicales en 2016. Novembre 2017
Conseil National de l'Ordre des Médecins. Fiche relative à la nationalité ouvrant droit à l'exercice de la médecine en France. Septembre 2012.
Conseil National de l'Ordre des Médecins. Fiche relative au diplôme ouvrant droit à l'exercice de la médecine en France et autorisations ministérielles d'exercice. Septembre 2012.
Ministère du travail. Fiches pratiques relatives à l'embauche d'un étranger. Décembre 2013.

Articles de presse

BENALLAH S. et DOMIN J-P. Dossier : l'inexorable dégradation des conditions de travail à l'hôpital. PHARE, le journal du syndicat national des praticiens hospitaliers Anesthésistes-Réanimateur élargi. n°79. Octobre 2017
DE SAINT ROMAN H. Déserts médicaux : les praticiens à diplôme étranger amortissent le choc. Le quotidien du médecin. 20 mai 2017
FOULT M. Au 21ème congrès de la fédération des praticiens de santé (FPS) : les praticiens à diplômes hors Union- européenne toujours inquiets pour leur avenir. Le quotidien du médecin. N°9621, 23 novembre 2017
GATTUSO C. Bientôt une loi pour les praticiens à diplômes hors Union-européenne : les médecins étrangers dans l'impasse pourront continuer à exercer en 2017. Le quotidien du médecin. 24 novembre 2016

Documentaire

DESILLE D., LOSSENT F. Le maire, le druide et le toubib. Coproduction What's up productions et Public Sénat. 2017

Articles

BERTRAND D., PATAUD G., RUBIANO L. CHEN X. La procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme hors Union-européenne depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2006. Les cahiers de la fonction publique, n°367, juin 2016, p.65-69

BERTRAND D., RUBIANO L., SEN F., NICODEME R. Les voies d'accès au plein exercice en France pour les médecins à diplômes européens ou assimilés. Les cahiers de la fonction publique, n°367, juin 2016, p. 62-64

BONTRON J-C., VOISIN L. Les médecins étrangers au secours des campagnes ? Revue Pour, n°214. 2012, p. 139-142

DEPLAUDE M-O. Une xénophobie de l'Etat : les médecins-étrangers en France (1945-2006). Politix, volume 24, n°95, 2011, p. 207-231

DESCLAUX A. La disparition silencieuse des médecins PADHUE : fin d'une injustice d'Etat ou nouvelle exclusion ? Santé publique, volume 29, n°3, mai-juin 2017, p. 341-344

DREXLER A. Médecin à diplôme étranger : qui recruter pour 2017 ? RHF, janvier-février 2017, p. 42-45

FIFATEN HOUNSON C. En quête du métier de médecin : immigrations de professionnels de santé ouest-africain en France. Hommes et migration, n°1307. 2014, p. 104-114

GUICHARD F., LEFBEVRE J-F., VERNEGNEGRE A. Des équipes médicales de territoire, au cœur du projet médico-soignant partagé. RFH, mars-avril 2018, p. 32-34

LECA A. Le numerus clausus médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes. RGDM, n°51, juin 2014, p. 187-194

LECA A. Un siècle d'iniquités dans l'accès aux études médicales en France - du numerus clausus vichyste à la « savonnette à vilains » roumaine. RGDM, n°65, décembre 2017, p. 171-187

MALONE A. Un nouveau modèle pour les urgences rurales. RHF. Novembre-Décembre 2017, p. 6-7

MOQUET-ANGER M-L. Médecins et hôpital. RDSS 2015

MOREL O., PINEY D. et PERRIN O. Structuration d'une équipe médicale de territoire. RHF, mars-avril 2018, p. 28-31

SCHERRER L-A, GENDREAU H., MORIN M. et GERVES H. Comment déployer une politique d'attractivité médicale. RHF, novembre-décembre 2017, p. 30-33

SEURET F. Ces médecins venus d'ailleurs. Alternatives économiques, n°326, juillet 2013/7, p. 83

VERON P. Pas touche à ma liberté d'installation ou j'te Fourcade ! RDS, n° 44, 2011, p. 591-592

WOEHL J-M. Projet médical, jeunes médecins et attractivité. RHF, mars-avril 2017, p. 48 à 51

WOLMARK C. Médecins étrangers : sortir de l'invisibilité. Plein droit. N°92, mars 2012, p. 36-40

WOLMARK C. Médecins étrangers : un pas vers l'égalité ? Plein droit, n°49, février 2001, p. 12 - 14

Mémoire

DREXLER A. Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics. Mémoire de directeur d'hôpital, promotion 2007-2009

Table des matières

Remerciements	II
Sommaire	III
Liste des sigles et abréviations.....	IV
Introduction	1
Première partie : les contraintes du système de santé et leurs répercussions sur l'emploi médical hospitalier.....	9
<i>Chapitre 1 : les ressources médicales hospitalières contraintes par l'existence des déserts médicaux.....</i>	<i>9</i>
<i>Section 1 : Les flux migratoires, variable explicative d'une forte disparité des ressources médicales sur le territoire</i>	<i>10</i>
<i>Section 2 : La pénurie de médecins généralistes répercutée sur l'organisation hospitalière</i>	<i>17</i>
<i>Chapitre 2 : Une organisation hospitalière renforçant les difficultés à pourvoir les postes médicaux ...</i>	<i>24</i>
<i>Section 1 : Les missions de service public comme valeurs fondatrices de l'hôpital.....</i>	<i>24</i>
<i>Section 2 : Le manque d'attractivité des hôpitaux, cause essentielle des difficultés de recrutement.....</i>	<i>30</i>
Deuxième partie : le recrutement des médecins à diplôme étranger encadré par une réglementation complexe	40
<i>Chapitre 1 : Un traitement différencié selon l'origine géographique du diplôme.....</i>	<i>41</i>
<i>Section 1 : Le recrutement simplifié des médecins à diplôme européen</i>	<i>41</i>
<i>Section 2 : Le recrutement complexe des PADHUE.....</i>	<i>48</i>
<i>Chapitre 2 : Un arbitrage complexe entre nécessités et exigences</i>	<i>55</i>
<i>Section 1 : Une volonté affichée de limiter les autorisations de plein exercice</i>	<i>55</i>
<i>Section 2 : Les hôpitaux soumis à une obligation d'organisation et d'exercice encadré</i>	<i>61</i>
Conclusion.....	68
Bibliographie.....	70
Table des matières	72

Résumé

L'évolution de la démographie médicale, en France, engendre une pénurie médicale. Des disparités territoriales d'accès aux soins, une organisation peu performante de la médecine libérale et hospitalière et les nouvelles modalités d'exercice renforcent les difficultés. Les établissements publics de santé, notamment les hôpitaux de proximité qui souffrent d'un manque d'attractivité, emploient des médecins étrangers pour assurer leurs missions de service public. D'une part, il y a les médecins diplômés d'un pays membre de l'Union-européenne qui bénéficient de la libre-circulation des travailleurs et de la reconnaissance automatique de leur diplôme. D'autre part, il y a les médecins diplômés d'un pays hors Union-européenne qui doivent s'engager dans une procédure réglementée pour obtenir une autorisation d'exercice médical, similaire aux médecins français. Ils sont au centre des préoccupations des directeurs d'hôpitaux et des pouvoirs publics. La réglementation les concernant est complexe et pas toujours scrupuleusement respectée. Certains exercent, encore aujourd'hui, dans le cadre de contrats de travail précaires ou sur des statuts pour lesquels ils n'ont pas les conditions. En l'absence de solutions pour régulariser leur situation et dans l'impossibilité de fonctionner sans eux, la réglementation s'adapte. Un système dérogatoire perdure pour permettre aux médecins diplômés hors Union-européenne de rester en fonction, malgré le fait qu'ils n'ont pas ou ne peuvent plus régulariser leur situation au regard de la législation en vigueur.

Mots clés : établissements publics de santé, attractivité médicale, pénurie médicale, médecins diplômés hors de France

Summary

The evolution of medical demography, in France, generates shortages of qualified medical staff. Territorial disparities in the access to healthcare, a lack of organization between general practitioners and hospitals and new ways of practicing medicine, strengthen the difficulties. The public hospitals, particularly small ones which suffer from a lack of attractiveness, employ foreign doctors to maintain public service. On one hand, there are doctors with EU diplomas, they are given free movement for workers and automatic recognition of qualifications. On the other hand, there are doctors with non-EU diplomas, they must engage in regulated procedure to obtain the plenitude of practice. They are in the center of hospitals directors and public authorities concerns. Regulation regarding them is complex and not always meticulously respected. Some of them are practicing with insecure employment contracts or on status for which they don't fulfill requirements anymore. Without any solution to regulate their situation and in the impossibility of operating without them, regulation is adjusting. A system of derogations persists to allow doctors with non-EU diplomas to keep practicing even if they haven't or can't regularize anymore their situation under of current legislation.

Key words : public hospitals, medical attractiveness, medical shortage, doctors with non-French diplomas