



**Université
de Rennes**

Élève directeur d'hôpital

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Octobre 2024**

**Les professionnels de santé à diplôme
étranger dans le système de soins
français : entre réalités et défis**

Arthur MONTAGNE

Remerciements

La réalisation de cet écrit a été rendue possible grâce au concours de plusieurs personnes, à l'égard desquelles je souhaite présenter mes remerciements.

Je remercie tout d'abord l'équipe pédagogique et les intervenants du cursus de formation des Directeurs et directrices d'hôpital de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) pour les enseignements dispensés ; ceux-ci représentant de solides bases théoriques nécessaires à la rédaction de cet écrit et ayant guidé mes réflexions.

Je remercie également le Centre Hospitalier du Haut Anjou et l'ensemble de ses professionnels, pour m'avoir accueilli au sein de cette institution au cours des derniers mois.

Je tiens, en outre, à témoigner toute ma reconnaissance aux membres de son équipe de direction pour m'avoir donné l'occasion de mener ses travaux ainsi que pour l'ensemble des échanges ayant contribué à alimenter ma réflexion.

J'ai une pensée particulière, par ailleurs, pour les professionnels de la direction des ressources humaines de l'établissement pour leur accueil, leur bienveillance et leur contribution au succès de mon immersion professionnelle parmi eux.

Enfin, à toutes personnes ayant apporté son aide dans la rédaction de cet écrit, je présente mes remerciements.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie : approche, méthode et limites de l'étude	5
1 Les dynamiques de migration des professionnels de santé et leurs impacts sur le système de santé français	9
1.1 Les dynamiques de migration des professionnels de santé	9
1.1.1 Des professionnels médicaux et paramédicaux sujets à mobilité internationale	9
1.1.2 Des tendances actuelles en phase avec l'Histoire des flux migratoires.....	10
1.1.3 L'attractivité de la France sur un marché du travail de la santé européen et international	13
1.2 L'impact des flux migratoires des professionnels de santé sur le système de santé français.....	15
1.2.1 L'exemple des praticiens à diplôme hors Union européenne dans le système de soins français.....	15
1.2.2 L'évolution démographique de la profession infirmière et le sentiment d'une pénurie d'infirmiers : la migration des professionnels en soins infirmiers comme solution ?	19
1.2.3 Des flux migratoires à sens unique : un « gain drain » pour les uns, un « brain drain » pour les autres	23
2 Une gestion française des flux migratoires à géométrie variable	27
2.1 Une profession infirmière « sur-réglémentée » en France ? L'impossibilité d'exercer la profession pour les détenteurs d'un diplôme extra-communautaire	27
2.1.1 La définition de la profession infirmière en France : une singularité française ?	27
2.1.2 La reconnaissance automatique des qualifications professionnelles en Europe : un mécanisme européen lacunaire en pratique	31
2.1.3 Une obligation de détention d'un diplôme en soins infirmiers délivré dans un État membre ou partie : un pari gagnant pour l'intégration professionnelle ?	33
2.2 Les praticiens à diplôme hors Union européenne : un modèle lacunaire mais reproductible ?.....	36

2.2.1	La consécration d'une procédure d'autorisation d'exercice pour les praticiens à diplôme hors Union européenne.....	36
2.2.2	Praticien à diplôme hors Union européenne : un statut précaire.....	38
2.2.3	Un modèle à élargir à d'autres professions de santé ?	40
3	Les défis et perspectives relatives à l'intégration des professionnels de santé étrangers dans les établissements publics de santé français	43
3.1	Les défis de l'intégration des professionnels de santé étrangers dans le système de soins français.....	43
3.1.1	La barrière de la langue comme principal frein dans le processus de socialisation professionnelle	43
3.1.2	La promotion d'une intégration globale des professionnels de santé étrangers	45
3.1.3	Le défi du développement de la mobilité académique chez professionnels paramédicaux	47
3.2	Les perspectives d'avenir pour la gestion des mobilités internationales des professionnels de santé : éléments de discussion	49
3.2.1	Vers une gestion éthique des migrations des professionnels de santé ?.....	49
3.2.2	Vers une lente maturation d'une gestion internationale des ressources humaines en santé ?.....	51
3.2.3	Quelles implications pour les décideurs politiques et les gestionnaires des établissements publics de santé ?	52
	Conclusion	54
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I
1	Guide d'entretien.....	II
2	Grille de codage vierge	IV

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence régionale de santé
BO	Bulletin officiel
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EEE	Espace économique européen
EVC	Épreuves de vérification des connaissances
FFI	Faisant fonction d'interne
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IPA	Infirmier en pratique avancée
JORF	Journal officiel de la République française
JOUE	Journal officiel de l'Union européenne
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PADHUE	Praticiens à diplôme hors Union européenne
PAE	Procédure d'autorisation d'exercice
PCC	Parcours de consolidation des compétences
PROMeTHEUS	Projet de recherche européen sur la mobilité des professionnels de santé dans l'Union européenne
TFUE	Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne
UE	Union européenne

Introduction

Les migrations internationales des professionnels de santé constituent un défi majeur pour les systèmes de soins à travers le monde. Dans leurs pays d'origine, les mobilités transfrontalières exacerbent les pénuries de personnels de santé qualifiés ; dans les pays d'accueil, elles représentent a contrario une variable d'ajustement des effectifs en tension. Ainsi, ces mobilités transfrontalières influencent les dynamiques démographiques de certaines professions de santé, impactant l'accès et la qualité des soins dans les systèmes de santé ou encore questionnant la gestion des ressources humaines en santé, et ce, aussi bien dans les pays d'origine que ceux d'accueil.

Les flux migratoires des professionnels de santé vers la France s'inscrivent dans un contexte historique marqué par des sous-effectifs soignants et une demande croissante en soins. L'étude de la gestion de ces migrations par les établissements publics de santé français révèle alors une approche complexe et parfois contradictoire. D'une part, il existe une volonté d'intégrer ces professionnels afin de pallier les pénuries de personnels soignants et de maintenir l'offre de soins sur les territoires locaux. D'autre part, des obstacles réglementaires et administratifs font de certaines professions de santé non seulement des professions réglementées mais plus encore des « professions protégées », complexifiant de fait l'insertion des professionnels à diplôme étranger dans le système de soins français.

Confronté à des déficits d'effectifs en son sein, le Centre Hospitalier du Haut Anjou (CHHA) soutient une politique d'attractivité et de fidélisation des praticiens formés à l'étranger, pour garantir une offre de soins complète à la population. Au sens de son projet d'établissement 2024-2028, « la direction des affaires médicales a pris un virage international dans ses recrutements permettant ainsi d'assurer le maintien d'un effectif médical optimal. Outre l'accueil des talents étrangers, le CHHA les accompagne jusqu'à leur titularisation comme praticien hospitalier sur le territoire français ». Dès lors, l'établissement entend maintenir sa politique d'accueil de praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE).

Toutefois, si la situation des praticiens à diplôme étranger est sans doute la plus connue dans notre système de santé, elle ne doit pas masquer les trajectoires migratoires, souhaitées ou réalisées, des autres catégories professionnelles de santé. Ainsi, il apparaît judicieux de s'interroger sur les réalités des flux migratoires des professionnels de santé à diplôme étranger, sur leurs implications pour le système de soins français et sur les défis qu'ils supposent pour les établissements publics de santé aujourd'hui. C'est en tout cas le

parti pris dans le présent écrit, en s'appuyant sur la littérature existante mais aussi à la lumière de l'approche développée par le Centre Hospitalier du Haut Anjou en la matière ou encore des dires des principaux intéressés.

Il est vrai que, si le personnel de santé, dans son acception la plus large, englobe les professionnels médicaux et ceux paramédicaux, de nombreux auteurs, quelle que soit l'approche retenue dans leurs travaux de recherche (politique, juridique, sociologique...), ont étudié les évolutions des professions de santé bien souvent sous l'angle de celle considérée comme la plus emblématique de toutes : la profession médicale. En ce sens, l'étude de documents institutionnels, scientifiques et législatifs permettra de générer certains constats apportés par la littérature existante, agrémentés d'exemples tirés du terrain hospitalier. Pour autant, comme de nombreux pays, le personnel infirmier constitue la catégorie professionnelle soignante la plus importante en termes d'effectifs et la plus dense sur les différents territoires nationaux. Dès lors, le présent mémoire se propose d'étendre le champ d'analyse des travaux antérieurs, en s'intéressant notamment aux migrations des professionnels infirmiers. Pour ces derniers, la réalisation d'entretiens semi-directifs, réalisés auprès d'un échantillon de professionnels paramédicaux à diplôme étranger et candidats à une migration professionnelle, a permis de nouveaux apports.

Ce mémoire ambitionne, d'une part, de contribuer à une compréhension nuancée et contextualisée de la gestion des mobilités internationales dans le secteur de la santé. D'autre part, cet écrit concourt à mettre en lumière non seulement les opportunités que représente la migration des praticiens et infirmiers à diplôme étranger pour les établissements publics de santé, offrant ainsi des pistes de réflexion pour améliorer leur intégration, mais aussi les défis que laisserait planer la recherche d'une maximisation de leur contribution au système de soins français.

Pour y répondre, la présente étude vise d'abord à explorer les dynamiques de migration des professionnels de santé, en s'intéressant aux praticiens à diplôme hors Union européenne et aux professionnels à diplôme en soins infirmiers extra-communautaires, lesquels sont parmi les plus mobiles. Si les migrations des professionnels de santé n'échappent pas à certains constats généraux tirés de l'Histoire des migrations, elles concourent surtout au développement d'un marché du travail transfrontalier, au sein duquel la France jouit d'une certaine attractivité corrélée aux politiques nationales et non sans lien avec ses attendus pour son système de santé. L'exemple du recours à des praticiens à diplôme hors Union européenne est révélateur de l'importance de ces flux migratoires pour le système de soins français. A ce titre, ne pouvons-nous pas s'attendre à ce que l'accueil et l'intégration dans ce système de soins d'infirmiers à diplôme étranger viennent au

secours d'une pénurie d'infirmiers ? Sans doute, le phénomène de « brain drain » apporte une première limite à cette hypothèse.

Les modalités d'intégration des professionnels de santé à diplôme étranger sont donc différenciées, avec, d'un côté, les professionnels médicaux à diplôme étranger, et, de l'autre, ceux paramédicaux. Ainsi, dans un second temps, cette étude s'attarde sur une gestion française des flux migratoires à géométrie variable. D'un côté, certains praticiens à diplôme étranger, notamment ceux venant de pays non européens, parviennent à exercer en France, en bénéficiant de dispositifs spécifiques et temporaires. A l'opposé, face à un encadrement strict de la profession infirmière en France, et en dépit d'un mécanisme de reconnaissance des qualifications professionnelles pour les ressortissants européens, a été entérinée en France l'impossibilité d'exercer la profession d'infirmier pour les détenteurs d'un diplôme extra-communautaire.

Outre les obstacles juridiques et structurels auxquels les professionnels de santé à diplôme étranger doivent faire face, l'existence de telles migrations invite les établissements publics de santé à faire face aux défis spécifiques de leur intégration. C'est en tout cas le parti pris par le Centre Hospitalier du Haut Anjou. En cela, ce mémoire se penche, dans un troisième temps, sur les possibles stratégies d'adaptation développées par les établissements publics de santé, en abordant les modalités d'intégration globale des professionnels de santé étrangers mais aussi en s'intéressant au développement de la mobilité académique. Enfin, face à la naissance d'un marché du travail de la santé transfrontalier, les décideurs et gestionnaires d'établissements publics de santé doivent s'adapter et s'interroger sur les contours d'une gestion internationale des ressources humaines en santé qui semble émerger. Si tel est le cas, faut-il s'inquiéter des échecs des tentatives de régulation internationale, notamment pour un recrutement éthique des ressources humaines en santé ?

Méthodologie : approche, méthode et limites de l'étude

Une revue de littérature a permis au préalable d'explorer les enseignements tirés des travaux de recherche existants ; de contextualiser cette étude et, le cas échéant, ses résultats ; de construire des préconisations empreintes d'une certaine faisabilité ; et de nourrir des éléments de discussion. Cette revue de littérature s'est appuyée sur diverses ressources documentaires, à savoir des textes juridiques, des articles scientifiques, des articles de la presse spécialisée et de revues professionnelles, ainsi que des rapports nationaux, voire européens et internationaux.

Surtout, la présente étude s'inscrit dans une observation participante, riche d'enseignements, et ce dans le cadre de la réalisation des stages compris dans le cursus de formation des élèves directeurs et directrices d'hôpital, entre février 2023 et août 2024 au sein du Centre Hospitalier du Haut Anjou. Notamment, ce travail s'appuie sur le constat de la réception par l'établissement d'un nombre significatif de candidatures de professionnels soignants, médicaux et non médicaux, exerçant leurs fonctions dans un pays extra-communautaire¹.

En premier lieu, les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) sont aujourd'hui au cœur de la stratégie institutionnelle du Centre Hospitalier du Haut Anjou, sur fond de préservation et de développement de son offre de soins sur son territoire. Nous en voulons pour preuve les échanges tenus dans les instances de sa gouvernance pour irriguer cette orientation institutionnelle, la définition des modalités d'accueil et d'intégration des PADHUE, ou encore le parcours d'accompagnement qui leur est proposé pour maximiser leurs chances de succès aux épreuves de vérification des connaissances (EVC). En cela, le Centre Hospitalier du Haut Anjou offre un terrain d'études propice, en ce qui concerne les professionnels médicaux à diplôme étranger. En outre, cette observation participante, agrémentée par la consultation de documents internes, a été couplée aux apports de la littérature scientifique et de l'étude des textes législatifs se rapportant au champ d'étude.

En revanche, en raison d'un cadre juridique et administratif sans doute plus rigide à leur égard, les professionnels paramédicaux à diplôme étranger ne bénéficient pas des mêmes trajectoires professionnelles internationales. Pourtant, leurs mobilités ont été

¹ La qualification d'« extra-communautaire » est entendue, ici et dans l'ensemble des dispositions de cet écrit, dans une conception large, c'est-à-dire pour désigner tout pays ou ressortissant ne relevant pas de l'Union européenne mais aussi de l'Espace économique européen et de la Suisse.

encore peu étudiées à travers les travaux de recherche antérieurs. A ce titre, pour cette population d'étude, il a été fait le choix de développer une méthode qualitative, et ce en raison des nombreux avantages qu'elle induit. Premièrement, elle est propice à l'exploration de ce pan du sujet encore peu étudiée. Deuxièmement, fondée sur des interactions humaines, la méthode qualitative revient à « donner une voix » aux principaux concernés en leur permettant de se raconter, de relater leurs vécus respectifs et subjectifs ainsi que de recueillir leurs expériences et perspectives, tout en garantissant une certaine objectivation des résultats qui en découle. Enfin, cette méthode de recherche offre une certaine flexibilité et adaptabilité, permettant de modifier son approche notamment lorsque nous souhaitons développer une certaine approche holistique du sujet traité. En ce sens, le guide servant de support aux entretiens semi-directifs a été modifié à la marge, consécutivement aux premiers interviews réalisés afin de tenir compte de nouveaux domaines d'études.

Concrètement, le choix de recourir à une méthode qualitative s'est traduit par la réalisation d'entretiens semi-directifs visant à rendre compte des possibles trajectoires migratoires et des mécanismes qui les régissent, auprès de 10 professionnels paramédicaux extra-communautaires, permettant alors d'atteindre un certain niveau de saturation des données recueillies. Les enquêtés exercent dans trois grandes régions du monde que sont par ordre d'importance : l'Afrique du Nord (Algérie, Tunisie), l'Afrique subsaharienne (Sénégal, Burundi) et dans une moindre mesure l'Amérique du Sud (Brésil). Les critères d'inclusion de l'échantillon étaient les suivants :

- Ne pas être détenteur de la nationalité française, ni être ressortissant européen ;
- Être détenteur d'un diplôme en soins infirmiers obtenu dans un pays extra-communautaire ;
- Exercer ou avoir exercé la profession infirmière dans le pays d'obtention du diplôme et/ou dans un pays tiers ;
- Ne pas être détenteur d'une reconnaissance d'équivalence du diplôme extra-communautaire ;
- Avoir postuler officiellement dans un établissement public de santé français pour y exercer une profession paramédicale, et nourrir un projet d'insertion professionnelle en France encore non abouti.

Sur ce dernier point, faut-il sans doute déplorer les difficultés à auditionner des cas concrets de « réussite » d'intégration professionnelle dans notre système de santé par des professionnels à diplôme extra-communautaire d'infirmier. Sans connaissance de résultats d'ensemble, il est possible de supposer que les échecs sont très fréquents.

En l'occurrence, les enquêtés pour la réalisation de ce travail d'étude sont des ressortissants extra-communautaires ayant adressé une candidature au Centre Hospitalier du Haut Anjou pour l'exercice de la profession infirmière en France. Par ailleurs, afin de ne pas léser ces candidats, des précautions particulières ont été prises, notamment au moment de la prise de contact, pour éviter toute confusion entre entretien de recrutement et entretien dans le cadre de cette étude.

En outre, la distance géographique n'a pas permis des entretiens en présentiel avec les interviewés, de sorte que les entretiens ont été réalisés en visioconférence. Il apparaît, en tout état de cause, que cette modalité n'a exercé aucune influence sur la qualité des échanges. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants pour en faciliter l'analyse à partir de la grille de codage dressé a posteriori.

Profils socioprofessionnels des enquêtés :

Nom*	Pays d'origine	Sexe	Âge	Profession – Diplôme	Pays d'obtention du diplôme	Nombre d'années d'exercice post-diplomation
Innocent	Burundi	Homme	24 ans	Infirmier Baccalauréat en soins infirmiers	Burundi	4
Aissatou	Sénégal	Femme	36 ans	Infirmier Diplôme d'État d'infirmier	Sénégal	13
Aminata	Sénégal	Femme	32 ans	Infirmier Diplôme d'État d'infirmier	Sénégal	9
Fatiha	Algérie	Femme	26 ans	Infirmier Licence d'infirmier de santé publique)	Algérie	6
Ali	Algérie	Homme	30 ans	Infirmier Licence d'infirmier de santé publique	Algérie	8
Melissa	Tunisie	Femme	25 ans	Infirmier Licence appliquée en sciences infirmières	Tunisie	3
Miryam	Algérie	Femme	24 ans	Infirmier Licence d'infirmier de santé publique	Algérie	3
Soraya	Algérie	Femme	33 ans	Infirmier Licence d'infirmier de santé publique	Algérie	9
Cristina	Brésil	Femme	25 ans	Infirmier Licence en sciences infirmières	Brésil	2
Safia	Algérie	Femme	33 ans	Infirmier Licence d'infirmier de santé publique	Algérie	9

*Les noms renseignés sont des noms de substitution destinés à préserver l'anonymat des enquêtés.

Toutefois, si la méthode qualitative présente indéniablement des avantages non négligeables, elle emporte aussi certaines limites. Premièrement, elle ne prétend pas saisir l'intégralité des flux migratoires des professionnels de santé. L'ampleur du phénomène de migration des professionnels de santé étant largement méconnu à l'exception de quelques études aux périmètres restreints, il est difficile de le mesurer. En ce sens, une approche quantitative du sujet permettrait, en premier lieu, de mesurer et de décrire ce phénomène multifactoriel afin de mieux en expliquer les causes et les conséquences. Ensuite, cette étude qualitative n'élimine pas la possibilité que des aspects importants de ce phénomène aient échappé à cette enquête en raison des limites inhérentes à l'échantillon et aux choix réalisés. Notamment, cette étude s'attarde, outre la profession médicale, sur la seule profession paramédicale d'infirmier. Sans doute, certains enseignements tirés de cette analyse pourraient s'appliquer, avec prudence, à d'autres professions paramédicales et notamment à celle d'aide-soignant. Mais cette extrapolation nécessiterait une validation empirique, notamment compte tenu des différences de statut, de formation et de reconnaissance professionnelle entre ces groupes professionnelles. Loin de chercher à généraliser les résultats qui résultent de cette démarche qualitative, les situations analysées dans le cadre de cet écrit doivent être appréhendées comme des exemples de réalités individuelles et possiblement partagées par les professionnels non médicaux placés dans une situation comparable ; car expliquer les flux migratoires des professionnels de santé est en tout état de cause complexe tant les situations et les histoires sont différentes.

1 Les dynamiques de migration des professionnels de santé et leurs impacts sur le système de santé français

1.1 Les dynamiques de migration des professionnels de santé

1.1.1 Des professionnels médicaux et paramédicaux sujets à mobilité internationale

Selon un récent rapport de la Cour des comptes européenne², les professions infirmière et médicale sont parmi les catégories professionnelles les plus mobiles en Europe : la profession d'infirmier figure au premier rang des professions réglementées caractérisées par la plus grande mobilité dans l'Union européenne, tandis que celle médicale trône au troisième rang³. Pour autant, ces conclusions appellent à être relativisées. La France compte peu de diplômés provenant d'autres États membres de l'Union européenne malgré l'application des mécanismes de reconnaissance mutuelle des qualifications (voir infra), et ce au sens du rapport d'information sénatoriale de 2020 de M. Médevielle sur la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne. En effet, si les infirmiers représentent au sein de l'Union européenne la population professionnelle la plus mobile, l'ordre des infirmiers français recense, en 2019, seulement 1% d'infirmiers titulaires d'un diplôme obtenu dans un autre État membre parmi les infirmiers inscrits à l'ordre.

Sur la scène internationale, les travaux de l'OCDE⁴ illustrent que certains pays dépendent de longue date du recrutement international de professionnels de santé formés à l'étranger, à l'instar du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande, de l'Irlande, de la Suisse... Par exemple, en 2021, la Nouvelle-Zélande comptait plus de 42% de médecins formés à l'étranger, l'Irlande 40,5%, la Suisse 38,4%, le Royaume-Uni 31,9% et le Canada 24%. Par comparaison, en France, le taux d'emploi de praticiens formés à l'étranger s'élevait à 12,3% en 2021 et était alors en-deçà de la moyenne des pays de l'OCDE (18,9%). En cela, la France occupe une place singulière dans ce classement vis-à-vis notamment des autres grandes nations d'immigration. Pour autant, la

² Cour des comptes européenne, 2024, Reconnaissance des qualifications professionnelles dans l'Union européenne : un mécanisme essentiel, mais utilisé de manière sporadique et incohérente

³ N.B. : Les professions de santé sont classées comme suit parmi les professions réglementées caractérisées par la plus grande mobilité dans l'Union européenne : infirmier (1), médecin (3), kinésithérapeute (5), assistant infirmier et assistant de soins de santé (8), pharmacien (14), sage-femme (19). Ce classement est construit sur la base du nombre total de décisions déclarées par les autorités compétentes des 27 États membres entre 2017-2021.

⁴ OCDE, 2023, « Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier », dans Health at a Glance 2023 : OECD Indicators

France a intensifié son recrutement de praticiens à diplôme étranger. En effet, selon les données de l'Atlas de la démographie du Conseil national de l'ordre des médecins, les médecins à diplôme extra-communautaire représentaient 7,5% des effectifs médicaux en 2023 contre 4,1% en 2010. De plus, cette orientation ne devrait pas faiblir, eu égard aux annonces gouvernementales réalisées au début de l'année 2024 : dans son discours de politique générale, le premier ministre, Gabriel Attal, annonçait la nomination d'« un émissaire chargé d'aller chercher à l'étranger des médecins qui voudraient venir exercer en France ».

Toutefois, toute comparaison entre pays appelle à être nuancée, compte tenu des divergences dans les modalités de recueil et de comptabilisation des praticiens à diplôme étranger. En effet, dans certains pays, seuls ceux bénéficiant de la plénitude d'exercice sont comptabilisés ; dans d'autres, les praticiens à diplôme étranger disposant d'une autorisation restreinte sont également pris en compte. Aussi, les pourcentages de praticiens à diplôme étranger sont tantôt déterminés à partir du nombre total de praticiens en exercice, tantôt construits à partir du nombre total de médecins inscrits ou enregistrés par l'autorité nationale compétente. Enfin, la distinction entre praticiens à diplôme étranger et praticiens étrangers est parfois poreuse. Finalement, face aux limites inhérentes aux données quantitatives sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour dresser un portrait global, une approche de terrain, par une observation participante et le recours à une méthode qualitative, permet d'apprécier davantage les réalités concrètes des mobilités internationales des professionnels de santé.

1.1.2 Des tendances actuelles en phase avec l'Histoire des flux migratoires

A la lumière des travaux sur les migrations internationales, qu'ils aient pour objet d'étude les professionnels de santé ou non, nous comprenons aisément que la mobilité et la circulation des travailleurs ne datent pas d'hier et que le marché du travail français, au cœur d'un entrelacement de logiques de population et de logiques de main d'œuvre, est parcouru de flux variés, à tel enseigne qu'il n'a jamais fonctionné en vase clos. S'il est possible de remonter à la révolution industrielle ou bien à la période post-Seconde Guerre mondiale pour étudier les flux migratoires contemporains, l'Histoire migratoire se caractérise notamment par le recours à des travailleurs étrangers principalement venus des pays voisins de l'Europe du Sud (Portugal, Espagne, Italie) ou des anciennes colonies d'Afrique du Nord (Maroc, Algérie, Tunisie) face au besoin de main d'œuvre. L'« immigration de travail », qualifiable de massive dans un contexte de reconstruction post-Seconde Guerre mondiale, a laissé place dans les années 70 aux tentatives d'une « immigration contrôlée » marquée par le phénomène de regroupement familial, puis aujourd'hui à une « immigration choisie » soulignant une volonté affichée de passer d'une

immigration d'une main d'œuvre peu qualifiée à une immigration plus qualifiée. Les professionnels de santé s'inscrivent alors dans ces flux migratoires contemporains par lesquels « l'exode des élites diffère de celui qui a caractérisé les premières générations migratoires des années d'après-guerre » (Kadri et Messamah, 2014). Les migrations des professionnels de santé concourent en effet à ces flux de migrants au capital humain plus important, mais qui s'incorporent pour autant dans les anciens schémas de déplacements migratoires.

Pourtant, l'emploi de médecins étrangers dans le système de soins français n'est pas un fait nouveau. D'ailleurs, la volonté juridico-politique de favoriser la mobilité des professionnels de santé n'est pas nouvelle. Par exemple, dès les années 70 et dans le contexte de la construction européenne, le Conseil des communautés européennes et la Commission européenne ont posé, par des directives successives, les fondements d'un système de reconnaissance mutuelle des diplômes pour favoriser la mobilité des professionnels de santé, en premier lieu pour les médecins (1975), puis pour les autres corps médicaux (chirurgiens-dentistes en 1978, sages-femmes en 1980, pharmaciens en 1985). En cela, la directive européenne de 2005⁵, qui instaure le mécanisme actuel de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (voir infra), a consolidé ces premiers acquis juridiques. C'est au cours de ces mêmes années 70 qu'émerge la possibilité de recruter des praticiens à diplôme non européen. Mais, le nombre de praticiens à diplôme étranger dans les établissements publics de santé a crû sensiblement au cours de la décennie suivante, notamment avec l'arrivée significative d'étudiants en médecine étrangers dans le système de soins français (Halioua, 2002).

Aussi, le recours à des professionnels de santé formés à l'étranger témoigne du choix politique d'une « immigration choisie » depuis le début des années 2000, qui consiste à sélectionner les candidats à la migration selon leur origine et leurs compétences eu égard aux besoins en ressources humaines. Ce changement politique est de nature à impacter le visage des flux migratoires : « le but quasi explicite est d'opérer une sélection géographique en faveur des pays de l'OCDE et au détriment de l'Afrique qui a longtemps constitué pour la France le vivier naturel de l'immigration » (Lochard et al., 2007). Dans une certaine mesure, avançons que, si le Centre Hospitalier du Haut Anjou compte dans ses effectifs médicaux principalement des praticiens formés à l'étranger en provenance de l'Afrique du Nord ou de l'Afrique subsaharienne francophone, ses activités médicales s'appuient aussi aujourd'hui sur des praticiens à diplôme étranger provenant notamment du Brésil⁶.

⁵ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JOUE L 255/22 du 30 septembre 2005

⁶ N.B. : Le Brésil est adhérent aux principes directeurs de l'OCDE sans en être un pays membre pour autant.

Toutefois, en premier lieu, une politique d'« immigration choisie » ne peut reposer sur le postulat selon lequel les candidats à une migration professionnelle jetteront leur dévolu sur le système français, dans un contexte international où une pluralité de pays ont développé une politique semblable (voir infra). C'est sans doute sous-estimer les nombreux facteurs qui rentrent en jeu. Par exemple, faut-il ne pas négliger le rôle de la langue dans le choix du pays d'accueil par les candidats à la migration. Trivialement, les professionnels anglophones migreront vers les pays anglo-saxons ; tandis que les francophones se tourneront davantage vers la France. En cela, les anciennes puissances coloniales exercent encore une forte attraction : par exemple, près de 90% des médecins ayant quitté le Sénégal travaillent en France, et 70% des Kenyans expatriés résident au Royaume-Uni (Clemens et Pettersson, 2006). En tout état de cause, aujourd'hui, le « système migratoire » dans lequel s'inscrit la France dépasse le seul espace européen ou le pourtour méditerranéen (région du Maghreb), et est marqué par son développement international.

Par ailleurs, les similitudes des migrations de professionnels de santé avec les dynamiques migratoires globales alimentent l'idée selon laquelle les professions de santé seraient assimilables aux autres activités professionnelles. Ceci suscite alors certaines inquiétudes chez les professionnels de santé. Notamment, est crainte dans une certaine mesure l'importation de modèles étrangers au détriment des textes nationaux qui régissent les professions réglementées en France selon des logiques de qualifications et d'actes (voir infra). Par ailleurs, au sein de l'Union européenne, la récente directive du 28 juin 2018⁷ soumet à un examen de proportionnalité toute nouvelle mesure nationale limitant l'accès à une profession réglementée de santé, ce qui fait craindre que les États soient désormais limités pour instaurer de nouvelles règles, notamment celles visant à faire évoluer les modalités d'exercice des professionnels de santé.

Il n'en demeure pas moins que des obstacles à certains flux migratoires subsistent. Nous y reviendrons ultérieurement à travers l'étude des migrations des professionnels en soins infirmiers à diplôme étranger, compte tenu notamment de l'absence de reconnaissance des qualifications acquises dans leur pays d'origine. En cela, les professionnels de santé ne sont pas tous concernés de la même manière par la mobilité internationale. Pourtant, bien souvent, que les diplômés bénéficient de modalités de reconnaissance ou non, la volonté des intéressés d'exercer leur profession dans un autre État semble davantage guider par des considérations socio-économiques, géographiques et linguistiques. Dès lors, la France jouit d'une certaine attractivité.

⁷ Directive 2018/958/UE du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions, JOUE L 173/25 du 9 juillet 2018

1.1.3 L'attractivité de la France sur un marché du travail de la santé européen et international

Si la construction européenne s'est assise sur une liberté fondamentale de libre circulation des travailleurs, la mondialisation implique également une telle liberté de circulation qui gagne donc le champ de la santé. Après tout, la globalisation de la santé ne s'entend-elle pas aussi comme un marché mondialisé du travail en santé ? Si tel est le cas, faut-il s'interroger sur la place de la France sur un tel marché du travail.

En premier lieu, les professionnels de santé mobiles veulent souvent percevoir une rémunération plus élevée que celles en vigueur dans leur pays d'origine et sont donc en quête d'une hausse de leur niveau économique personnel et familial. Pourtant, dans « Médecins et infirmiers : leur nombre et leur rémunération en France et dans les autres pays de l'OCDE avant la pandémie » (Tribunes de la santé, 2022), Gaëtan Lafortune et Gaëlle Balestat avancent qu'en 2019, en France, le personnel infirmier hospitalier percevait un salaire inférieur au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs, tandis qu'en moyenne dans les pays de l'OCDE, le personnel infirmier hospitalier percevait une rémunération légèrement supérieure à celle moyenne de l'ensemble des travailleurs. Aussi, la rémunération des infirmiers en France est restée stable entre 2010 et 2019 en termes réels (c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation), tandis que dans la plupart des pays de l'OCDE, la rémunération des infirmiers a augmenté sur cette même période. Si ces données sont à relativiser car, dans le cas de la France, elles ont progressé dans le contexte pandémique de la Covid, à travers les revalorisations du Ségur de la santé, ou bien en raison de la progression du point d'indice pour les agents publics en vue notamment de tenir compte de la progression de l'inflation. En tout cas, la question de la rémunération apparaît centrale parmi les facteurs de motivation à la mobilité internationale des professionnels de santé, et est, de ce fait, aussi au cœur de stratégies de rétention. La crainte d'une mobilité de masse dans un système de soins peut avoir un impact sur les niveaux de salaire. Ainsi, au début des années 2010, l'Espagne a pu signaler que les entrées étrangères ont contribué à maintenir les salaires à des niveaux soutenables ; tandis qu'à l'opposé, le gouvernement lituanien a augmenté les salaires afin de retenir ses professionnels médicaux.

Pour autant, pour les intéressés, le facteur de la rémunération ne suffit pas à expliquer la motivation des professionnels de la santé. Les motivations sont alors plurielles. Certains évoquent notamment l'environnement de travail : ainsi, un enquêté interrogé sur sa connaissance du travail hospitalier en France précisait que « nous [N.B. : les membres de son réseau travaillant en France et l'enquêté] avons échangé sur les difficultés du travail en France ; mais il y a beaucoup plus de difficultés ici ». Conscients que « la formation ici

n'est pas suffisante », certains enquêtés soulignent leur désir d'« apprendre » dans un système de soins français qu'ils jugent « plus avancé ». D'autres avancent les opportunités de carrière qu'une telle migration pourrait générer, que ce soit en France voire dans leur pays d'origine le cas échéant. Enfin, certains interviewés évoquent « l'insécurité » présente dans leur pays, renvoyant ainsi leur projet de migration aux réalités économiques et/ou politiques des pays d'origine.

En outre, il apparaît nettement que la présence d'un réseau de connaissances dans le pays d'accueil joue un rôle moteur sur le projet de mobilité. Si un enquêté répondait que « plusieurs de [ses] collègues ont fait des demandes [...] pour travailler en France », certains souhaitent précisément reproduire le parcours migratoire de certains membres de leur réseau : « j'ai des connaissances en France [...] des médecins, des infirmiers qui viennent d'ici ». Les membres du réseau, qu'ils soient présents en France ou demeurant dans le pays d'origine, semblent jouer un rôle central dans la perspective d'un projet de mobilité transfrontalière réussi : « j'ai des parents, des amis en France qui pourraient m'aider au début », « ma famille peut me soutenir [financièrement] pour le déplacement », « je viendrais seule, mon fils resterait chez ma mère », « mon cousin me renseigne sur les démarches à suivre » soulignaient ainsi plusieurs répondants.

Ces « démarches à suivre » ainsi évoquées sont d'ailleurs longues et souvent infructueuses face notamment à la multiplication des obstacles administratifs mais aussi financiers et logistiques (ex. « je n'ai pas de logement si je venais aujourd'hui en France »). Ce sont ces obstacles qui poussent certains professionnels paramédicaux candidats à la migration à prendre des risques : en ce sens, un répondant relatait que « mes connaissances qui travaillent en France ont trouvé un établissement avant de partir ou sont allés en France avec un permis voyage avant de chercher du travail sur place ». La déception qui en découle n'est alors qu'à la hauteur de leur démarche volontariste. En effet, les enquêtés ont pour la quasi-totalité d'entre eux multiplié les candidatures : « j'ai beaucoup postulé en France » répondait un interviewé, tandis que d'autres qualifient de « nombreux » les établissements dans lesquels ils ont présenté une candidature. Un enquêté précisait d'ailleurs que « certains établissements ont répondu que ce n'était pas possible, que le diplôme était un obstacle ; mais beaucoup n'ont pas répondu ». Par ailleurs, le faible taux de retour auprès des personnes sollicitées dans le cadre de cette étude et le contenu des échanges avec les enquêtés laissent peu de doute sur le fait que les candidats à la migration n'entreprenaient pas de démarches ciblées vers des établissements de santé français. En cela, s'il faut considérer un marché du travail de la santé international, les établissements publics de santé ne s'y distinguent pas les uns des

autres par des avantages comparatifs (type d'activités, formation des professionnels, activité de recherche...) mais sont avant tout perçus comme des employeurs français.

D'après les dires des enquêtés, si la mobilité internationale ouvre des opportunités, elle s'accompagne aussi d'un certain nombre de menaces. Notamment, les candidats à la migration semblent nourrir un certain imaginaire de la France, ce qui génère des attentes parfois stéréotypées et les exposerait le cas échéant à un certain « désenchantement ». En ce sens, les professionnels étrangers doivent être pleinement informés de leurs droits et obligations, des conditions d'exercice, des coûts éventuels... avant de se lancer dans une migration dont la finalité professionnelle peut être avortée. Par exemple, si un enquêté a par le passé réussi une première migration professionnelle en France, celle-ci a finalement pris fin en raison de l'expiration de sa carte de séjour. L'intéressé a par conséquent regagné son pays d'origine, le conduisant alors à initier de nouvelles démarches en vue d'une future expérience professionnelle en France. Par ailleurs, l'exercice professionnel en France peut être éloigné des standards de soins en vigueur dans les systèmes de santé des pays d'origine : par exemple, un enquêté avançait qu'« il n'y a pas de médecins permanents dans le service, donc les infirmiers nous sommes des petits médecins ». Ainsi, une connaissance suffisante du système de soins français est essentielle pour se faire une idée réaliste de ce à quoi pourrait ressembler un exercice professionnel mais aussi une vie personnelle dans ce pays d'accueil.

1.2 L'impact des flux migratoires des professionnels de santé sur le système de santé français

1.2.1 L'exemple des praticiens à diplôme hors Union européenne dans le système de soins français

De prime abord, les mouvements géographiques des professionnels de santé modifient l'offre de soins, tant dans les pays d'origine que dans les pays d'accueil. En France, que nous pouvons présenter dans ce contexte comme un pays d'accueil, le fonctionnement des établissements publics de santé repose depuis maintenant plusieurs années sur l'exercice de praticiens formés à l'étranger : « l'hôpital a toujours fonctionné avec des médecins étrangers », selon un directeur exerçant dans un établissement du territoire ligérien.

Au Centre Hospitalier du Haut Anjou, les praticiens à diplôme hors Union européenne représentent, tous statuts confondus, 38% du personnel médical exprimé en

équivalent temps plein (hors internes en médecine). Ainsi, le recours aux praticiens à diplôme étranger a permis de réduire les tensions sur les effectifs médicaux pour l'établissement mais aussi pour son environnement. Sur ce point, d'une part, les professionnels libéraux de son territoire bénéficient également de ces médecins hospitaliers étrangers grâce à la préservation d'une offre de recours locale ou bien à travers la préservation d'une offre de soins jusqu'ici assurée par le monde libéral comme s'agissant de la dentisterie (voir infra). D'autre part, l'établissement vient en appui à d'autres structures de soins par la mise à disposition de praticiens à diplôme étranger exerçant dans des spécialités médicales en tension (anesthésie, psychiatrie).

En France, tandis que près de 231 000 médecins étaient inscrits à l'ordre au 1^{er} janvier 2020, les médecins titulaires d'un diplôme validé en dehors de l'Union européenne étaient à cette même date plus de 14 400. Ces praticiens à diplôme extra-communautaire étaient alors plus nombreux que les praticiens étrangers détenteurs d'un diplôme européen, conformément au rapport d'information de 2020 fait au nom de la commission des affaires européennes sur la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne par M. Médevielle au Sénat. Ces données laisseraient donc entrevoir un potentiel de recrutement plus important au-delà des frontières européennes qu'au sein de l'Union européenne. A défaut de travaux empiriques, cette hypothèse trouve une résonance concrète au Centre Hospitalier du Haut Anjou, où la très grande majorité des candidatures médicales sont celles de praticiens à diplôme hors Union européenne et non de médecins détenteurs d'un diplôme européen. En outre, cette observation peut être étendue aux professionnels paramédicaux : au Centre Hospitalier du Haut Anjou, aucune candidature d'infirmiers ou d'aides-soignants à diplôme communautaire n'a été recensée au cours des six derniers mois et sans doute antérieurement également. De plus, ces praticiens à diplôme étranger sont en grande majorité titulaires de diplômes algériens ou marocains. Là aussi, cette conclusion avancée par le sénateur M. Médevielle dans un rapport d'information présenté au Sénat en 2020 trouve une affirmation toute particulière au Centre Hospitalier du Haut Anjou où la majorité des praticiens à diplôme étranger ont obtenu leurs diplômes dans la région maghrébine, tandis que l'Afrique subsaharienne francophone constitue la seconde région d'origine des praticiens à diplôme hors Union européenne qui y exercent.

Ainsi, certes loin de faire surnombre, les praticiens à diplôme hors Union européenne pallient, depuis maintenant plusieurs décennies, la carence de médecins générée par le *numerus clausus*. Par ailleurs, aujourd'hui supprimé, le *numerus clausus* symbolisait une certaine contradiction au sein d'un système qui refusait, à nombre significatif d'étudiants, l'accès aux études médicales mais autorisait, par nécessité, le

recrutement de praticiens à diplôme étranger. En d'autres termes, les praticiens à diplôme hors Union européenne représentent une variable d'ajustement. Pour preuve, le nombre d'internes à la rentrée 2024 diminuera de plus de 1500 postes par rapport à l'année précédente⁸, alors que les internes représentent une part non négligeable de ressources médicales dans certaines structures de soins françaises en participant grandement à l'offre de soins et à la permanence des soins. Dans ce contexte, les établissements seraient davantage enclins à embaucher des médecins étrangers.

Aussi, « certains en sont réduits [...] à occuper des interstices au sein de l'appareil hospitalier, des disciplines en partie délaissées par leurs homologues français, des catégories d'établissements ou des zones géographiques déficitaires » (Lochard et al., 2007). En ce sens, plus qu'une variable d'ajustement nationale pour pallier le sous-effectif médical, les praticiens à diplôme étranger représenteraient une réelle richesse humaine dans les déserts médicaux : notamment, 21% des médecins à diplôme étranger sont installés en zone rurale contre 10% de médecins à diplôme français, d'après les données relatées dans le rapport d'information du sénateur M. Médevielle de 2020 sur la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne. En ce sens, certains établissements publics de santé français, notamment ceux des zones rurales particulièrement délaissées, tentent aujourd'hui de se rendre plus compétitifs pour attirer des praticiens étrangers. Ainsi, implanté au sein du désert médical qu'est le département mayennais, le Centre Hospitalier du Haut Anjou s'est mobilisé pour attirer en son sein des praticiens étrangers exerçant dans des spécialités médicales se raréfiant sur son territoire : anesthésie, psychiatrie, radiologie, gynécologie-obstétrique... L'exemple de l'offre dentaire en Mayenne témoigne que la mobilité des professionnels médicaux étrangers peut être appréciée comme un facteur positif dans les pays d'accueil tels que la France, en contribuant à maintenir ou rétablir une offre de soins dans les territoires les plus fragiles.

Concrètement, le département mayennais comptait 3,1 dentistes pour 10 000 habitants en moyenne entre 2011 et 2020, contre 4,7 à l'échelle régionale et 5,3 à l'échelle nationale, d'après les données du Livre blanc des États généraux de la santé de la Mayenne de 2022. Dans ce contexte de désertification médicale, le Centre Hospitalier du Haut Anjou a repris en 2022 un cabinet dentaire traitant jusqu'ici uniquement des urgences dentaires et permettant alors de désengorger en partie le département mayennais. Or, cette activité dentaire n'est possible que grâce à l'exercice sur chaque fauteuil de soins de praticiens

⁸ Arrêté du 7 juillet 2024 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études de médecine susceptibles d'être affectés, par spécialité et par subdivision territoriale, au titre de l'année universitaire 2024-2025. JORF n°0162 du 9 juillet 2024 & Arrêté du 31 juillet 2023 fixant au titre de l'année universitaire 2023-2024 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialité et par centre hospitalier universitaire. JORF n°0179 du 4 août 2023

détenteurs d'un diplôme extra-communautaire, lesquels sont, dans l'attente de l'obtention de leur autorisation d'exercice, encadrés par des praticiens seniors exerçant autrefois en libéral et aujourd'hui jeunes retraités. Désormais, pour répondre à une demande en soins dentaires qui ne faiblit pas, le Centre Hospitalier du Haut Anjou est en passe de procéder à l'augmentation de sa capacité d'accueil en passant de deux à cinq fauteuils de soins. Là encore, cette augmentation de l'activité dentaire pour absorber la demande de soins locale n'est envisageable qu'au moyen du recours à de nouveaux praticiens à diplôme étranger. Cet accroissement du nombre de fauteuils de soins permettra, en outre, la diversification de l'activité au-delà de la seule gestion des urgences dentaires, avec la réalisation de suivi ou encore le développement d'une activité de prothèses dentaires. De plus, des évaluations bucco-dentaires sont d'ores et déjà réalisées par ces mêmes praticiens dans les structures médico-sociales du territoire. Enfin, c'est dans ce contexte de préservation d'une offre de soins dentaires assurée par des praticiens à diplôme étranger que l'établissement de santé développe désormais un partenariat avec la faculté dentaire de l'Université de Nantes, pour envisager l'arrivée sur le territoire de futurs praticiens.

S'agissant du recrutement de ces praticiens à diplôme étranger, face aux inquiétudes ambiantes des professionnels de santé à diplôme national et possiblement des citoyens, le Centre Hospitalier du Haut Anjou sélectionne les praticiens à diplôme hors Union européenne avec précaution, par application de processus de recrutement qui ont montré leur efficacité. Par ailleurs, un praticien à diplôme hors Union européenne ne peut relever d'un système de recrutement « traditionnel » et doit pouvoir bénéficier d'un processus de recrutement différent selon le degré d'avancement de son parcours d'intégration professionnelle et selon qu'il exerce déjà en France, qu'il vienne d'arriver en France ou qu'il soit encore dans son pays d'origine. Le Centre Hospitalier du Haut Anjou a développé notamment deux processus de recrutement pilotés par sa direction des affaires médicales : l'un pour les praticiens à diplôme hors Union européenne détenteurs d'une autorisation définitive d'exercice, l'autre pour les praticiens à diplôme étranger qui en sont dépourvus (voir infra). Ces deux processus présentent toutefois des similitudes. Les candidatures donnent lieu à une analyse préliminaire réalisée par les professionnels de la direction des affaires médicales grâce notamment aux compétences linguistiques dont elle dispose en son sein. Cette dernière s'entend comme l'analyse du parcours de formation et de ses éventuelles lacunes liées à la durée et au contenu de la formation médicale et de la spécialisation dans le pays d'origine, mais aussi comme l'étude des motivations au changement, du cheminement de carrière et des objectifs du parcours migratoire du praticien candidat, l'appréciation du niveau de maîtrise de la langue française, etc. Les conclusions de cette analyse préalable permettent d'engager ou non un projet de recrutement. Ainsi, en cas de retour positif au terme de cette première analyse de la

candidature, est organisé un entretien administratif. Ce dernier est alors suivi d'un premier entretien technique conduit par un praticien exerçant dans l'établissement et ayant accompli un parcours migratoire par le passé ; ceci permet alors une valorisation de l'établissement par un pair à la trajectoire professionnelle semblable au projet nourri par le candidat, tout en s'inscrivant dans une discussion au contenu médical. En cas de conclusions positives à ce stade, ce premier entretien technique est suivi d'un second alors conduit par le président de la commission médicale d'établissement. Des échanges entre le directeur de l'établissement, le directeur en charge des affaires médicales et le président de la commission médicale d'établissement rythment ces processus pour veiller à la pertinence médico-administrative de la candidature réceptionnée et, le cas échéant, à l'adéquation entre la candidature et le besoin recensé. Les conclusions de l'entretien administratif et de l'entretien technique sont communiquées au directeur de l'établissement et donnent lieu à des échanges entre l'équipe médicale et la direction. En cas de projet de recrutement concluant, le chef de pôle et le chef de service sont in fine informés du possible recrutement du praticien à diplôme étranger ; les retours positifs du chef de pôle et du chef de service conditionnent la finalisation du recrutement et donc l'arrivée dans l'établissement du praticien à diplôme étranger. Enfin, dans le prolongement de ces processus de recrutement, le Centre Hospitalier du Haut Anjou a développé des modalités d'intégration professionnelle et extra-professionnelle à leur intention, sur fond de fidélisation (voir infra).

1.2.2 L'évolution démographique de la profession infirmière et le sentiment d'une pénurie d'infirmiers : la migration des professionnels en soins infirmiers comme solution ?

S'il faut souligner la forte croissance du nombre d'infirmiers depuis 20 ans ainsi que la progression de leur densité par rapport à la population, la profession infirmière apparaît de prime abord comme une profession à la démographie difficilement régulée, l'exposant de ce fait à des tensions démographiques.

Il est vrai que les quotas peuvent représenter un levier pour stabiliser le rapport entre l'offre de soins et la demande, qui, du fait de la durée des études en soins infirmiers, influent à court terme. En ce sens, face à une politique malthusienne de limitation des quotas d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), il a été récemment entrepris une augmentation des quotas dans les IFSI, avec la création de 6 600 places supplémentaires dans le cadre du Ségur de la santé et du plan France Relance. Dès lors, il est permis d'espérer une certaine correction d'un éventuel déficit entre l'offre de professionnels de santé et la demande en services de soins. D'autant que les formations en soins infirmiers confirme leur attractivité depuis l'intégration des IFSI sur la plateforme

Parcoursup en 2019, devenant la formation la plus demandée sur la plateforme nationale d'admission dans l'enseignement supérieur. Finalement, ceci permet alors de tendre vers les objectifs de remplissage des IFSI à chaque rentrée ; les candidats Parcoursup pourvoyant plus de 80% des places ouvertes dans les IFSI. Ce sont ainsi près de 38 100 élèves en soins infirmiers qui ont été admis en 2023/2024, contre environ 18 000 places en IFSI il y a 25 ans. Toutefois, si la baisse des postulants n'est pas une tendance de fond, demeure une forte déperdition entre le nombre d'élèves commençant la formation en soins infirmiers et le nombre de diplômés au terme de la formation. Notamment le taux important d'abandon en cours de formation, principalement concentré sur la première année de formation, est de l'ordre de 15% selon l'étude de la DREES de mars 2023 intitulée « Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 ». En tout état de cause, les effectifs infirmiers devraient continuer de progresser en début de carrière. Plus généralement, eu égard aux projections dressées par la DREES dans son étude « 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins » de mai 2018, il serait possible d'avancer que, dans l'hypothèse de comportements constants et d'un maintien des politiques en vigueur, le nombre d'infirmiers devrait augmenter de 53% entre 2014 et 2040 pour atteindre plus de 880 000 infirmiers actifs en 2040.

Pour autant, persiste un sentiment de pénurie d'infirmiers malgré cette constante augmentation des effectifs, à en juger par les tensions RH que rencontrent bon nombre d'établissements publics de santé à l'instar du Centre Hospitalier du Haut Anjou. Si les tensions de recrutement renvoient à des problèmes d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé ainsi qu'un phénomène d'abandon du métier, ce sentiment est aussi probablement alimenté par l'inégale répartition sur le territoire des infirmiers et par le vieillissement de la population.

Premièrement, d'après l'étude « Démographie des infirmières et des aides-soignantes » de la DREES en 2024, la densité d'infirmiers salariés⁹ a progressé, passant de 742 infirmières salariées pour 100 000 habitants en 2021 contre 714 en 2013. Et, la hausse prévisionnelle des effectifs infirmiers étant plus importante que celle de la population, la densité de professionnels devrait continuer de progresser à l'avenir. Cependant, leur répartition demeurera inégale sur le territoire national. Par exemple, selon le scénario tendanciel dessiné par la DREES, la densité de la région Pays de la Loire serait alors de 10% à 20% inférieures à la moyenne nationale. Notons, par ailleurs, que les

⁹ N.B. : En 2021, 76% des infirmiers salariés exercent dans un établissement de santé (57% dans un hôpital public et 19% dans un établissement privé) et 11% un emploi dans un établissement ou service social ou médico-social (4% dans un établissement public et 7% dans un établissement privé).

effectifs en IFSI sont variables d'un territoire à un autre, les élèves s'inscrivant avant tout dans les IFSI des territoires où ils vivent. Or, relevons qu'aucun IFSI n'est implanté dans le sud du département mayennais qui recense deux IFSI, l'un au Centre Hospitalier du Nord-Mayenne, l'autre au Centre Hospitalier de Laval au cœur du territoire départemental.

Aussi, le vieillissement de la population questionne l'adéquation dans le futur entre l'offre et la demande de soins. En effet, dans les années à venir, le vieillissement de la population et la concentration de la demande de soins aux âges avancées renforceront le besoin en soins infirmiers. Pour mettre en regard l'évolution des effectifs infirmiers avec celle des besoins de soins infirmiers, l'indicateur de densité « standardisée »¹⁰, retenu notamment par la DREES dans ses études, apparaît plus judicieux à étudier. Or, selon les projections de la DREES dans son rapport précité de mai 2018, cette densité devrait diminuer de 4,2% entre 2014 et 2040, passant de 868 infirmiers pour 100 000 habitants en 2014 à 832 en 2040. Pour cause, la population âgée de 65 ans et plus devrait croître d'ici à 2040 de 31% et, par suite, la hausse des besoins en soins infirmiers pourraient augmenter de 54%. Il en résulterait alors l'augmentation du ratio d'accompagnement infirmier, passant de 3 pour 100 habitants de plus de 65 ans en 2023, à entre 3,7 et 4,3 en 2040 selon les différentes hypothèses retenues par la DREES pour la réalisation de ses projections. Finalement, alors que les besoins en soins infirmiers augmentent d'ores et déjà plus rapidement que le nombre d'infirmiers en activité salariée, l'ensemble de ces données laisse penser que la population infirmière ne sera pas suffisante dans le futur.

A une autre échelle, la profession infirmière est parmi celles en proie à une pénurie de ressources humaines importante dans l'Union européenne, selon les rapports de l'Autorité européenne du travail. En 2013, les conclusions du projet Health PROMeTHEUS avançaient que la pénurie de professionnels de santé, bien qu'elle concerne certaines régions ou certaines professions de santé plus que d'autres, est un problème important pour l'ensemble des systèmes de santé des États membres de l'Union européenne. Le rapport précité reprenait, de plus, les projections de la Commission européenne au début des années 2010 selon lesquelles près d'un million de travailleurs en santé qualifiés seraient manquants dans l'Union européenne en 2020. Cette situation de pénurie généralisée de professionnels en soins infirmiers a obligé les gouvernements européens à intervenir par le passé. Ceci a notamment été le cas en France avec le recrutement spécifique des infirmiers espagnols au début des années 2000. Avant l'avènement du mécanisme européen de reconnaissance des qualifications professionnelles (voir infra), la France a en effet pris des dispositions en faveur du recrutement d'infirmiers espagnols. A

¹⁰ La densité standardisée est obtenue par le rapport le nombre d'infirmiers et la population française pondérée par tranche d'âge en fonction de sa consommation en soins infirmiers.

ce titre, un dispositif de recrutement spécifique des personnels infirmiers espagnols avait été mis en place : mise en place d'une cellule de recrutement dans les locaux de l'office des migrations internationales à Madrid, formation accélérée au français, accompagnement par l'employeur (tutorat, aide à la recherche de logement, aide dans les formalités administratives...). La perspective d'un travail stable en France était alors offerte à ces professionnels transpyrénéens, moyennant le choix des postes, une mise en stage pour une titularisation quasi-automatique et des mesures de formation continue pendant un an (notamment des cours de langue financés par l'établissement de santé d'accueil).

Encore aujourd'hui, plusieurs pays mettent alors l'accent sur le recours aux professionnels de santé étrangers. Au Royaume-Uni, la profession infirmière fait depuis 2015 partie des professions en tension, à telle enseigne que le gouvernement britannique s'est fixé un objectif de hausse du recrutement international des infirmiers, notamment par des critères d'obtention de visa assouplis. Autre exemple, en Allemagne, le nombre de ressortissants d'un pays de l'Union européenne exerçant comme infirmiers a triplé en 5 ans ; les réfugiés étant particulièrement présents dans ce secteur. Dans son rapport annuel de 2022, le Conseil d'experts des fondations allemandes pour l'intégration et la migration conclut que les travailleurs qualifiés issus de l'immigration sont indispensables au bon fonctionnement du système de santé allemand. D'après ledit rapport, sur les plus de 4 millions de travailleurs exerçant dans les secteurs des soins de santé et des services sociaux (incluant les médecins), près d'un quart d'entre eux étaient issues de l'immigration en 2019.

Sur la scène internationale, de manière très brève, nous retiendrons l'existence d'une pénurie globale des professionnels de santé : il manquait plus de 4 millions de soignants dans le monde au début de notre siècle (Chen et al., 2010), selon une étude relayée dans la revue médicale *The Lancet*, tandis que l'OMS déclarait en 2006 l'état de grave pénurie de professionnels de santé dans 57 pays. Plus récemment, selon la Stratégie mondiale pour les personnels de la santé à l'horizon 2030 adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2016, 18 millions de professionnels de santé supplémentaires devraient être nécessaires à horizon 2030 pour couvrir les besoins de santé des populations à l'échelle mondiale. Aussi, la Stratégie française en santé mondiale 2023-2027 avançait en ce sens que « tous les pays connaissent aujourd'hui des difficultés et des pénuries de ressources humaines en santé. [...] Elles sont la conséquence d'un investissement insuffisant, en particulier dans la formation initiale des personnels soignants et des professionnels de santé publique ». Finalement, cette crise des ressources humaines de santé semble être un facteur commun de l'évolution des systèmes de soins, et ce, indépendamment des niveaux de développement politique, économique et sociale des

pays considérés. En cela, dans ce contexte mondial, la mobilité internationale des professionnels de santé peut être considérée à la fois comme une solution à une pénurie de ressources humaines mais aussi comme une menace pour les prestations de soins, selon de quel côté de l'échiquier nous nous trouvons.

1.2.3 Des flux migratoires à sens unique : un « gain drain » pour les uns, un « brain drain » pour les autres

A supposer qu'une telle mobilité des ressources humaines paramédicales serait facilitée par la levée des obstacles juridiques, sa finalité n'alimenterait-elle pas in fine un phénomène de « fuite des cerveaux », pour reprendre l'expression souvent avancée s'agissant des flux migratoires des médecins ? Pour cause, les flux migratoires n'ont pas comme point de départ les seuls pays où il existe un excédent de professionnels de santé qualifiés. N'oublions pas que le recrutement des infirmiers espagnols envisagé en France au début des années 2000 est né du constat selon lequel l'Espagne comptait des milliers d'infirmiers au chômage, alors que seul le pays ibérique présentait un tel excédent d'infirmiers parmi les pays proposant des équivalences de diplômes avec celui français. Mais ceci reviendrait à occulter que les itinéraires migratoires s'effectuent dans un contexte de pénuries de professionnels de santé qui sévit dans de nombreux pays : comme nous l'avons vu, la profession infirmière accuse par exemple un déficit généralisé car national mais aussi européen et mondial. Les migrations internationales des professionnels de santé suscitent donc des dynamiques complexes dont les réalités contrastées pour les pays d'origine et ceux d'accueil sont souvent décrites à travers les phénomènes opposés de « brain drain » et de « gain drain » qui ont pour point commun de mettre en lumière les inégalités structurelles qui sous-tendent les systèmes de santé nationaux.

Désignant un « exode des cerveaux » des pays en développement vers les pays du Nord, le « brain drain » est considérée comme étant à l'origine des insuffisances des systèmes de soins dans les pays du Sud : la migration des professionnels de santé a un impact significatif sur les volumes et la disponibilité des ressources humaines de santé dans leur pays d'origine, concourant alors à l'affaiblissement de l'accès et de la qualité des soins dans ces pays. En d'autres termes, ce phénomène contribue à creuser les inégalités en matière de santé au niveau mondial, en privant les pays d'origine des compétences essentielles à leur développement sanitaire. A une échelle inférieure, de telles dynamiques s'exercent également sur le continent européen pour lequel le rapport du projet PROMeTHEUS établi en 2013 soulignait, par exemple, l'unilatéralité des flux migratoires intra-Union européenne allant d'est en ouest. A l'opposé, le « gain drain » reflète l'avantage

que tirent les pays d'accueil (dont la France donc) de cette migration professionnelle. Comme avancé précédemment, ces flux migratoires positifs permettent alors de pallier des effectifs en personnels de santé lacunaires dans les territoires nationaux les plus en tension. Par ailleurs, il est souvent avancé que ce recours à des professionnels formés à l'étranger permet de réduire les coûts de formation des personnels qualifiés disponibles dans les pays d'accueil. Cette affirmation peut toutefois être nuancée : s'il est vrai que les pays d'accueil n'ont pas à investir dans la formation initiale de ces professionnels formés à l'étranger, les établissements peuvent toutefois être amenés à s'engager dans une politique de formation continue en faveur des praticiens à diplôme étranger, notamment pour faciliter leur intégration professionnelle. C'est en tout cas le parti pris par le Centre Hospitalier du Haut Anjou (voir infra). Aussi, l'emploi de professionnels à diplôme étranger est, dans le débat national français, souvent perçu comme une opportunité pour les établissements de santé de bénéficier d'une main d'œuvre qualifiée à moindre coût. Si cela est à apprécier au regard de la précarité des statuts des praticiens à diplôme étranger en France (voir infra), cette affirmation ne saurait être généralisée. Par exemple, en Allemagne, les modalités de reconnaissance des diplômes de médecine non européens sont facilitées ; tandis que les rémunérations proposées par les établissements allemands constituent la principale force d'attraction pour cet autre pays d'accueil européen.

Cette dynamique de flux migratoires à sens unique met donc en lumière des déséquilibres mondiaux en matière de ressources humaines en santé. Elle soulève des enjeux éthiques et politiques en questionnant la responsabilité des pays d'accueil dans l'entretien de ces flux. A la lumière des réponses apportées par les enquêtés dans le cadre de cette étude, il faut sans doute reconnaître que ces migrations ne sont pas tant le résultat d'un attrait exercé par certains pays que la conséquence des difficultés (relatives aux conditions de travail, économiques, politiques...) que recensent les pays d'origine. En ce sens, pour contrer ce phénomène d'« exode des talents », il serait nécessaire que les pays d'origine améliorent les conditions de travail et de vie de leurs professionnels de santé, tout en développant des stratégies pour retenir ces compétences. C'est en partie sur ce postulat que des mécanismes « de compensation » ont vu le jour. Au sens de ceux-ci, les pays bénéficiaires des migrations de professionnels santé concourent au financement des systèmes de santé des pays d'origine, par exemple en investissant dans la formation locale ou en facilitant le retour des professionnels migrants après une période d'exercice à l'étranger. En ce sens, la Stratégie française en santé mondiale 2023-2027 expose des orientations qui s'apparentent à des mesures de compensation (voir infra).

En outre, les établissements de santé, à l'instar du Centre Hospitalier du Haut Anjou, mènent une politique « passive » d'accueil des praticiens à diplôme étranger : ils emploient

des praticiens à diplôme étranger postulant dans les structures de soins et parfois déjà présents sur le sol français, là où une démarche « active » consisterait à recruter des professionnels de santé exerçant encore dans leur pays d'origine. Aussi, ne perdons pas de vue qu'un nombre présumé de professionnels, titulaires d'un diplôme paramédical étranger, exercent en France en dehors des secteurs sanitaire et médico-social, faute de reconnaissance de leurs qualifications professionnelles pour l'exercice des professions réglementées. En cela, des stratégies de recrutement pourraient déjà être envisagées pour les personnes qualifiées vivant déjà en France. Après tout, les établissements publics de santé ne recrutent aujourd'hui pas de professionnels paramédicaux exerçant sur un marché du travail étranger mais bien des professionnels étrangers présents sur le marché du travail national.

2 Une gestion française des flux migratoires à géométrie variable

2.1 Une profession infirmière « sur-réglémentée » en France ? L'impossibilité d'exercer la profession pour les détenteurs d'un diplôme extra-communautaire

2.1.1 La définition de la profession infirmière en France : une singularité française ?

La profession infirmière recouvre des réalités diverses à travers le monde qu'il est possible d'appréhender en dégagant trois « logiques » définitionnelles de la profession : la logique de qualifications, la logique d'actes et la logique de missions professionnelles.

➤ La logique de qualifications :

En France, la profession d'infirmier figure parmi les professions réglementées et est notamment encadrée par le Code de la santé publique qui en régit l'exercice, définit l'organisation de la profession et en définit les règles professionnelles. Ainsi, l'exercice de la profession infirmière est soumis à des critères de diplôme et d'autorisation par l'organisation professionnelle que représente l'ordre des infirmiers.

L'approche historique de la profession d'infirmier en France démontre la prégnance du processus de « professionnalisation » des infirmiers qui repose en grande partie sur la création et le développement d'une formation institutionnellement organisée, sélective, réglementée et régie par un programme national (voire, aujourd'hui, par un programme européen avec la définition par la directive de 2005 précitée d'un « Programme d'études pour les infirmiers responsables de soins généraux »¹¹), débouchant alors sur un diplôme d'État obligatoire pour l'exercice de la profession.

En effet, le Code de la santé publique pose que peuvent exercer la profession d'infirmier les personnes titulaires d'un diplôme ou bien titulaires des autorisations dont la délivrance permet à son bénéficiaire d'exercer la profession d'infirmier dans les mêmes conditions que ces premiers¹². Il énonce, en outre, les titres de formation ouvrant droit à l'exercice de la profession d'infirmier responsable des soins généraux, aux premiers rangs desquels le diplôme français d'État d'infirmier, mais aussi, pour les ressortissants d'un État membre ou partie, un titre de formation d'infirmier responsable des soins généraux délivré

¹¹ Cf. Annexe V. Reconnaissance sur la base de la coordination des conditions minimales de formation, et sa sous-partie V.2. Infirmier responsable de soins généraux

¹² Art. L. 4311-2, Code de la santé publique

par un État membre ou partie en raison de la transposition en droit interne des dispositions de la directive européenne de 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles¹³ tant s'agissant de ce principe général que des cas particuliers¹⁴. Aussi, peuvent être autorisés à exercer la profession d'infirmier en France, après avis d'une commission, les ressortissants d'un État membre ou partie, titulaires d'un diplôme délivré par un État membre ou partie permettant d'y exercer légalement la profession, ou bien délivré par un État extra-communautaire mais reconnu dans l'État membre ou partie sous réserve d'y avoir exercé la profession pendant 3 ans. Dans ces dernières hypothèses, si l'examen des qualifications professionnelles, assis sur l'étude de l'ensemble des titres de formation initiale, de l'expérience professionnelle pertinente et de la formation tout au long de la vie, fait apparaître des différences significatives avec les qualifications requises pour l'exercice de la profession infirmière en France, il peut être exigé que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation. Concrètement, cette mesure de compensation peut consister, selon le niveau de qualification exigé en France et celui détenu par l'intéressé, en un stage d'adaptation et/ou une épreuve d'aptitude au choix de l'intéressé ou imposée par l'autorité compétente.

S'agissant des conditions d'autorisation par l'ordre des infirmiers énoncées par le Code de la santé publique¹⁵, toute personne souhaitant entrer dans la profession infirmière est tenue de se faire enregistrer auprès de l'organisme désigné à cette fin, que l'intéressé soit titulaire d'un diplôme ou bénéficiaire d'une autorisation pour l'exercice de la profession infirmière. En effet, aucun professionnel qualifié ne peut exercer la profession infirmière en France s'il n'a pas satisfait à cette obligation d'enregistrement et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre. En outre, en application des dispositions de l'article L. 4311-16 du Code de la santé publique, le conseil départemental de l'ordre des infirmiers doit refuser l'inscription au tableau de l'ordre « si le demandeur ne remplit pas les conditions de compétence, de moralité et d'indépendance exigées pour l'exercice de la profession », ou bien lorsqu'il fait l'objet d'une suspension ou d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession que ce soit en France ou à l'étranger. En ce sens, notons qu'un mécanisme d'alerte à l'efficacité relative a été instauré au sein de l'Union européenne par la directive européenne de 2005 précitée¹⁶ pour permettre aux autorités compétentes d'un État membre d'informer celles de tout autre État membre des restrictions et interdictions dont ferait l'objet un professionnel.

¹³ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JOUE L 255/22 du 30 septembre 2005

¹⁴ Art. L. 4311-3, Code de la santé publique

¹⁵ Art. L. 4311-15, Code de la santé publique

¹⁶ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JOUE L 255/22 du 30 septembre 2005

➤ La logique d'actes :

Le droit français concilie l'exigence de qualification avec le concept d'actes qui concourt, plus largement, à structurer les relations entre les différents professionnels de santé. Si l'accès et l'exercice de la profession infirmière s'appuie en France sur un décret d'actes, celui-ci incarne une certaine spécificité française en raison de son degré de précisions. D'ailleurs, dans « Les professionnels de santé en Europe : contribution à une définition unitaire », l'auteur avance même que, parmi les différents États européens, aucun ne semble être aussi précis que la France pour la définition des compétences des infirmiers, à l'exception de la Belgique (Roynier, 2015).

C'est sans doute la prégnance de cette approche de la profession d'infirmier qui explique qu'il existe une certaine défiance en France envers des professionnels formés et exerçant à l'étranger, pour lesquels les compétences ne sont pas jugées au niveau.

Il est vrai que l'hétérogénéité des formations dispensées dans les différents pays d'origine, voire au sein d'un même pays, a pour corollaire des niveaux de qualification professionnelle très variables. Par exemple, au Brésil, les directives du programme national du grade de licence en sciences infirmières produites par le Ministère de l'éducation et des cultures en 2001 fournissent certes les éléments essentiels devant être contenus dans les programmes des établissements d'enseignement, notamment les compétences et aptitudes devant être développées dans le processus de formation en soins infirmiers. Aussi, tous les cursus universitaires doivent être construits autour d'un même cadre théorique, celui du « processus soins infirmiers » ou « systématisation de l'assistance infirmière ». Pour autant, la formation universitaire des infirmiers peut être très diversifiée sur le territoire brésilien. Pour cause, les universités jouissent d'une certaine autonomie pour appliquer le programme nationalement défini, de sorte que les contenus et les approches retenues par les enseignants sont variables selon les cursus adoptés par chaque université. En ce sens, le recrutement d'infirmiers brésiliens inviterait à se pencher sur leurs organismes de formation respectifs et à les comparer les uns aux autres selon des critères à déterminer au préalable (liens avec les hôpitaux universitaires, publications de recherches en soins infirmiers et référence des revues de publication, programmes de formation, accréditation par un organisme national...).

En outre, la tendance qui consisterait à attirer des professionnels infirmiers en provenance de systèmes où ils sont possiblement moins formés, moins autonomes s'inscrirait en contradiction avec une politique de progression du niveau de compétences et du champ d'activité des infirmiers. La création de la fonction d'infirmier en pratique

avancée (IPA) témoigne en France de cette tendance à l'élargissement du champ de compétences, avec la possibilité offerte aux IPA d'accomplir des actes techniques et de prévention sans prescription médicale, sous réserve de l'accomplissement d'une nouvelle formation diplômante. Ne perdons pas de vue que le développement de la pratique avancée chez les professionnels de santé tient à une volonté de réduire la charge de travail des médecins face à un manque de ressources médicales et pour instaurer un exercice en santé qui existe déjà dans de nombreux pays, notamment ceux anglo-saxons¹⁷. Or, le Royaume-Uni est sans doute l'un des pays où le champ de compétences des infirmiers est particulièrement étendu et l'autonomie d'exercice particulièrement grande. Pour autant, aujourd'hui, il se fixe un objectif de hausse du recrutement international des infirmiers, comme évoqué précédemment. Au Royaume-Uni, comme dans d'autres pays européens, les besoins accrus en professionnels de la santé, et en ressources infirmières en particulier, résultent avant tout des défaillances des systèmes de planification des effectifs de santé et des capacités de formation pour faire face à des besoins accrus.

➤ La logique de missions professionnelles :

Si, en France, la profession infirmière se définit en droit français par la combinaison des logiques de qualifications et d'actes, d'autres pays, européens notamment (Espagne, Royaume-Uni), ont développé une approche de la profession à travers de grandes missions, par écho à celles inhérentes aux systèmes de santé. Cette distinction se retrouve également dans les modalités d'apprentissage pour lesquelles il est possible d'opposer une pédagogie par référentiel de compétences (comme en France) à une pédagogie par missions.

Si, en France, les infirmiers sont avant tout des infirmiers responsables en soins généraux, certains pays connaissent une hyper-spécialisation de la profession infirmière. Par exemple, au Brésil, les infirmiers titulaires d'une licence en sciences infirmières ont la possibilité de s'engager sur des voies post-graduation avec, d'une part, des cursus de spécialisations avec au minimum 360 heures de cours (obstétrique, cardiologie, santé collective, oncologie, soins intensifs, transplantations d'organes, psychiatrie...) et, d'autre part, des cursus de master puis de doctorat en sciences infirmières respectivement d'une durée de deux ans et d'une durée de trois à quatre ans.

¹⁷ Ceci constitue plus globalement une caractéristique de la profession infirmière dans les pays anglo-saxons, en particulier aux États-Unis qui ont été par exemple précurseurs en matière de prescriptions infirmières dès les années 60 et plus récemment au Royaume-Uni à partir des années 90 avec les « nurse prescribers ».

En somme, nous voyons là que les logiques de qualifications et d'actes qui concourent à la définition de la profession infirmière en France sont au cœur de l'exclusion des infirmiers à diplôme étranger du système de soins français, alors même que la nationalité ne figure pas parmi les conditions énoncées par le Code de la santé publique pour l'exercice de la profession infirmière en France. En cela, le faible nombre de professionnels de santé étrangers dans le système de santé français (voir supra) s'explique donc par la législation nationale. Or, eu égard aux dynamiques migratoires explicitées précédemment, il est possible d'avancer que cette législation n'est pas adaptée aux périodes de grande mobilité internationale qui nous amènent à questionner l'accueil et l'intégration de professionnels de santé étrangers. Certes, l'évolution historico-juridique de la profession d'infirmier a été marquée par la consécration du mécanisme européen de reconnaissance des qualifications professionnelles. Mais, celui-ci ne concerne que les seuls États membres de l'Union européenne, lesquels ne sauraient être considérés comme les principaux pays d'émigration.

2.1.2 La reconnaissance automatique des qualifications professionnelles en Europe : un mécanisme européen lacunaire en pratique

En application du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), tout citoyen de l'Union européenne a droit de circuler librement au sein de l'UE à des fins professionnelles et, de ce fait, a droit d'exercer une activité professionnelle dans tout État membre de l'UE. Ce principe fondamental de libre circulation des travailleurs se heurte toutefois à nombre de freins, s'agissant des professions dont l'accès et l'exercice sont réglementés. Paradoxalement, comme évoqué précédemment, les professions de santé sont parmi les plus mobiles en Europe. Ceci tient sans doute au mécanisme de reconnaissance des qualifications professionnelles instauré par la directive européenne 2005/36/CE de 2005¹⁸.

En effet, dans un souci de trouver un juste équilibre entre respect des normes « de santé et de sécurité publiques » et limitation des conditions excessives qui freineraient l'exercice d'une profession réglementée dans un autre État membre, la directive européenne de 2005 simplifie les règles selon lesquelles un État membre ou partie, qui subordonne l'exercice d'une profession réglementée à la possession de qualifications professionnelles particulières reconnaît les qualifications relatives à ladite profession acquises dans un autre État membre. Par ailleurs, ce mécanisme trouve application pour

¹⁸ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JOUE L 255/22 du 30 septembre 2005

les ressortissants des États non membres ou non parties mais titulaires d'un diplôme délivré par les États membres ou parties.

Concrètement, les procédures européennes de reconnaissance des qualifications professionnelles relèvent de deux grands régimes. Le régime dit de reconnaissance automatique (celui qui nous intéresse ici) s'applique à sept professions sectorielles dont notamment la profession d'infirmier. Dans le cadre de ce régime assis sur un principe d'harmonisation des conditions minimales de formation facilitée au sein de l'Union européenne par le processus de Bologne¹⁹, « chaque État membre reconnaît [...] les titres de formation d'infirmier responsable de soins généraux [...] qui sont conformes aux conditions minimales de formation [...] en leur donnant, en ce qui concerne l'accès aux activités professionnelles et leur exercice, le même effet sur son territoire qu'aux titres de formation qu'il délivre », au sens de la directive européenne de 2005²⁰. Ainsi, les autorités compétentes devraient, en principe, valider automatiquement les demandes de reconnaissance des qualifications d'infirmier sur la base des documents fournis par les intéressés, sans comparaison des qualifications aux exigences nationales. En pratique, la reconnaissance des qualifications professionnelles ne constitue qu'une première étape vers l'exercice d'une profession de santé dans un autre État membre. Pour cause, la reconnaissance des qualifications professionnelles ne vaut pas autorisation d'exercice de ladite profession, bien que certains États membres peuvent proposer, pour certaines professions, une procédure « tout en un » permettant d'obtenir à la fois une reconnaissance des qualifications professionnelles et une autorisation d'exercer.

Au sein de l'Union européenne, les efforts visant à normaliser la formation et l'instauration du mécanisme de reconnaissance des qualifications professionnelles témoignent sans nul doute d'une ambition continentale de lever les obstacles à la mobilité, dans le respect de la liberté fondamentale de libre circulation des travailleurs. Mais, le faible recours au dispositif de reconnaissance mutuelle des qualifications témoigne aussi d'une absence d'homogénéisation normative des professions réglementées au sein de l'Union européenne. En effet, dans son récent rapport sur le sujet²¹, la Cour des comptes européenne met en exergue un phénomène de sous-emploi de ce mécanisme européen, bien que nous pouvons déplorer l'absence de données quantitatives sur le nombre de ressortissants européens dotés de qualifications professionnelles relatives à une profession

¹⁹ Le processus de Bologne est le processus amorcé à la fin des années 90 au sein de l'Union européenne pour l'harmonisation entre les États membres de leurs systèmes d'enseignement supérieur respectifs, notamment par la déclinaison en Europe du dispositif Licence-Master-Doctorat.

²⁰ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JOUE L 255/22 du 30 septembre 2005

²¹ Cour des comptes européenne, 2024, Reconnaissance des qualifications professionnelles dans l'Union européenne : un mécanisme essentiel, mais utilisé de manière sporadique et incohérente

réglementée et installés dans un autre État membre sans y exercer ladite profession faute de la reconnaissance de leurs qualifications. Au sens de la Cour des comptes européenne, le développement des mobilités des professionnels de santé dans l'Union européenne passerait notamment par la réduction du délai réel de décision pour la reconnaissance des professions sectorielles dans le cadre du régime automatique, ou encore la simplification des contrôles alors que les autorités compétentes peuvent exiger des intéressés des documents non mentionnés par les textes européens dans la liste des pièces à fournir. Sur ce point, une directive européenne de 2013²² modifiant celle précitée de 2005 instaure la carte professionnelle européenne comme mécanisme de procédure simplifiée de reconnaissance des qualifications car entièrement électronique, et permise notamment par le système Internal Market Information²³. Mais là encore, alors que cette carte professionnelle européenne a été instaurée pour cinq professions dont celle d'infirmier, son dispositif est toutefois peu utilisé, notamment en raison des frais de délivrance de ladite carte.

2.1.3 Une obligation de détention d'un diplôme en soins infirmiers délivré dans un État membre ou partie : un pari gagnant pour l'intégration professionnelle ?

Initialement, l'arrêté du 23 janvier 1956 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et d'aide-soignante dans les hôpitaux et hospices publics ou privés prévoyait l'attribution par équivalence du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant aux titulaires des diplômes étrangers d'infirmier figurant sur une liste fixée par arrêté. Puis, la circulaire de 1984 relative à l'exercice d'une activité paramédicale par les titulaires d'un diplôme d'infirmier étranger en a réduit le champ d'application en consacrant des dispositions plus restrictives : elle supprime les autorisations d'exercice de la profession d'aide-soignant pour les ressortissants titulaires d'un diplôme d'infirmier extra-communautaire. Et, cette possibilité qui avait été offerte, dans la pratique, à tous les infirmiers à diplôme non européen, a été définitivement balayée par une circulaire de 2007²⁴.

²² Directive 2013/55/UE du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement n°1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur, JOUE L 354/132 du 28 décembre 2013

²³ Le système Internal Market Information (système IMI) est un outil en ligne dédié à l'échange d'informations entre les États membres de l'Union européenne et concourant, en l'espèce, à la coopération administrative entre les autorités compétentes dans le domaine des qualifications professionnelles dans la mesure où les informations inhérentes aux professions réglementées sont accessibles directement sur cette plateforme.

²⁴ Circulaire N°DHOS/P2/2007/201 du 15 mai 2007 relative à la mise en extinction du dispositif d'autorisations de recrutement en qualité d'infirmier de médecins titulaires d'un diplôme extra-communautaire de docteur en médecine par des établissements de santé, publics et privés, et précisant les dispositions applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers titulaires

En tout état de cause, ceci alimente un « déclassé » certain pour les intéressés. Ces derniers ont une connaissance plus ou moins fine de cette perspective. D'un côté, certains candidats à la migration le mesurent grâce notamment aux membres de leur réseau ayant réussi leur parcours migratoire : « ici c'est un professionnel reconnu mais il a accepté d'être un apprenti en France ». D'autres méconnaissent pleinement les implications de l'absence de reconnaissance de leurs diplômes en France et donc l'impossibilité d'exercer en France leur profession, et ce, en dépit du fait qu'ils nourrissent bien souvent un projet de mobilité de longue date. Pourtant, le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé, adopté en 2010 par l'Assemblée mondiale de la santé, énonce parmi ces principes directeurs qu'« à tous égards, l'emploi des personnels de santé migrants et le traitement qui leur est appliqué devraient être exempts de toute distinction illégale quelle qu'elle soit ». Mais, la reconnaissance a minima de la qualité d'aide-soignant pour les infirmiers à diplôme extra-communautaire permettrait de se tourner plus aisément dans un second temps vers l'obtention du diplôme français d'infirmier. Rappelons notamment que « les aides-soignants disposant d'une expérience professionnelle en cette qualité d'au moins 3 ans à temps plein sur la période des 5 dernières années à la date de sélection et qui ont été sélectionnés par la voie de la formation professionnelle continue, peuvent, à la suite d'un parcours spécifique de formation de 3 mois validé, intégrer directement la 2^{ème} année de formation d'infirmier »²⁵.

Le détenteur d'un diplôme d'un État extra-communautaire ne peut exercer en France en tant qu'infirmier, sauf à accomplir la formation adéquate pour obtenir le diplôme d'État d'infirmier et donc, en France, d'entrer dans un des IFSI. A l'exclusion des études d'infirmiers accélérées pour les personnes titulaires d'un diplôme leur permettant d'exercer en médecine ou maïeutique dans leur pays d'origine, deux voies permettent d'envisager l'entrée au sein d'un IFSI, lesquelles tiennent compte, peu ou prou, des études et expériences professionnelles effectuées dans le pays d'origine. Conformément aux dispositions réglementaires, les titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier qui ne sont pas susceptibles de bénéficier des dispositions applicables aux ressortissants d'un État membre ou partie et qui souhaitent exercer en France doivent se présenter à des épreuves de sélection pour entrer dans un IFSI en vue de l'obtention du diplôme d'État d'infirmier²⁶.

de diplômes extra-communautaires. BO Santé-Protection sociale-Solidarité n°2007/7 du 15 août 2007

²⁵ Art. 7 bis de l'arrêté du 28 mai 2009 relatif au Diplôme d'État d'infirmier, JORF n°0181 du 7 août 2009

²⁶ Arrêté du 5 janvier 2004 relatif aux dispenses de scolarité susceptibles d'être accordées aux candidats titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier sollicitant l'autorisation d'exercice de la profession en France en vue de la préparation du diplôme français d'État d'infirmier. JORF n°44 du 21 février 2004

Il s'agit d'abord d'une épreuve écrite d'admissibilité pour apprécier notamment la maîtrise de la langue et les connaissances dans le domaine sanitaire et social. Puis, l'intéressé est soumis à deux épreuves orales d'admission : l'une pour apprécier son parcours professionnel et ses motivations, l'autre de mise en situation pratique. Une fois admis, une dispensation d'une à deux années de formation peut être envisagée, sur le fondement notamment de l'article 7 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier.

Certains interviewés envisagent de reprendre les études conduisant au diplôme d'État d'infirmiers, alors que d'autres ont déjà entrepris des démarches en ce sens : « j'ai déjà postulé pour faire des formations en soins infirmiers en France » avançait un enquêté, « j'ai déposé un dossier de VAE en France, j'attends une réponse » précisait un autre. Pour cause, compte tenu de l'absence de reconnaissance de leurs qualifications, la formation apparaît en cela comme un sésame garantissant l'employabilité sur un marché du travail de la santé où les professions réglementées apparaissent encore comme des « professions protégées ».

Toutefois, des freins notables à la reprise d'études en France demeurent, aux premiers rangs desquels trônent les obstacles financiers. Le coût du concours d'entrée en IFSI s'élève entre 90 euros et 120 euros, auxquels s'ajoutent, le cas échéant, les frais d'inscription en IFSI. Aussi, si les IFSI publics se caractérisent par la gratuité de la formation pour les seuls élèves en continuité d'études et les personnes inscrits à France Travail ; les frais de scolarité peuvent atteindre des montants conséquents en cas de formation dans un IFSI privé (Croix-Rouge). Certes, plusieurs dispositifs peuvent être mobilisés. D'abord, la voie de l'apprentissage peut être empruntée à partir de la 2^{ème} année de formation, en contrepartie de l'engagement de travailler en qualité d'aide-soignant pendant les vacances scolaires, mais uniquement pour les moins de 30 ans. Aussi, le recours au dispositif des contrats d'allocation d'études (CAE), qui consiste pour les établissements de santé à octroyer de verser à de futurs professionnels une allocation forfaitaire en contrepartie d'un engagement de servir, concerne les seuls étudiants en dernière année de formation en santé. Enfin, le financement de la formation peut être envisagé par un établissement de santé dans le cadre de la formation continue de ses agents. Le dispositif des études promotionnelles permet aux établissements d'assurer via leur plan de formation le financement de formations diplômantes par lesquelles ils souhaitent accompagner les agents retenus pour une promotion professionnelle. Toutefois, les agents intéressés doivent remplir les conditions éventuellement requises pour l'inscription aux épreuves préalables à l'entrée en formation, lesquelles se doublent d'une sélection réalisée par l'établissement de santé qui ne supporte via son plan de formation qu'un nombre limité d'études promotionnelles. Les places étant chères pour les agents, le bénéfice de ce

dispositif à la main de chaque établissement par des professionnels étrangers pourrait susciter de possibles mécontentements et ne saurait être envisagé, en l'état actuel du droit, qu'après l'exercice, au préalable et pendant plusieurs années, d'une profession hors soins au sein dudit établissement.

Autre frein notable à l'entrée en IFSI pour des professionnels étrangers : l'obtention d'au minimum un niveau B2 de français. En effet, l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier précise, dans son article 8, que « les candidats [...] déposent auprès de l'établissement d'inscription leur demande de dispense sur la base des documents suivants : [...] 7° Une attestation de niveau B2 de langue française pour les candidats étrangers ».

En tout état de cause, il apparaîtrait plus juste de penser la construction de formations complémentaires dans des délais raisonnables, à l'appui d'une reconnaissance pleine et entière des qualifications en France, plutôt que de contraindre les intéressés à entreprendre une nouvelle formation dans sa totalité. Ces formations seraient alors construites sur une base modulaire, pour en adapter le contenu aisément face à une offre de formation en soins infirmiers plurielle à travers le monde. Cette formation devrait, en outre, inclure des actions de formation linguistique générale et spécialisée.

2.2 Les praticiens à diplôme hors Union européenne : un modèle lacunaire mais reproductible ?

2.2.1 La consécration d'une procédure d'autorisation d'exercice pour les praticiens à diplôme hors Union européenne

Nous l'avons vu, le caractère réglementée de la profession infirmière constitue de prime abord une entrave à l'entrée dans la profession des infirmiers étrangers. Si les ressortissants titulaires d'un diplôme communautaire jouissent d'une procédure de reconnaissance de leurs qualifications professionnelles, il n'existe, pour ceux détenteurs de diplôme extra-communautaire, aucune possibilité dérogatoire comparable à la procédure d'autorisation d'exercice pour les praticiens qui leur permettrait d'envisager l'exercice de la profession infirmière en France.

En effet, les praticiens à diplôme extra-communautaire bénéficient d'une complexe procédure d'autorisation d'exercice (PAE). D'abord, tout praticien à diplôme hors Union européenne doit se soumettre aux épreuves de vérification des connaissances (EVC). Souvent considérée comme la première étape de cette procédure, la réalisation des EVC est souvent précédée de plusieurs années d'exercice dans le système de soins français en

tant que stagiaire associé ou faisant fonction d'interne (FFI). Ouvrant droit au bénéfice de la carte de séjour mention « stagiaire », la qualité de stagiaire associé repose sur une convention tripartite entre le praticien, l'établissement étranger d'origine et l'établissement français d'accueil, et soumise le cas échéant à validation auprès de l'autorité préfectorale. Sur fond de coopération internationale entre l'établissement employeur et l'établissement français, ce statut permet alors aux praticiens à diplôme hors Union européenne de suivre un parcours de formation ou de spécialisation en France, dans des conditions proches de celles internes. Aussi, le statut de faisant fonction d'interne concerne possiblement des praticiens à diplôme hors Union européenne autorisés à exercer dans leur pays d'origine ou dans le pays de « nationalité du diplôme » mais inscrits dans une université française en vue d'une spécialisation ou de l'acquisition d'un diplôme complémentaire. Ainsi, à défaut d'autorisation, les médecins à diplôme extra-communautaire peuvent exercer par ce biais dans les établissements publics de santé français, sous réserve d'être inscrits dans une formation universitaire. Aussi, les praticiens à diplôme hors Union européenne non lauréats des EVC peuvent se voir octroyer une autorisation temporaire d'exercice, sous réserve d'exercer antérieurement dans un établissement de santé français et que soient réunies des conditions de supervision par un praticien de plein exercice qualifié dans la spécialité, d'encadrement renforcé par des praticiens titulaires de plein exercice et d'exercice médical collégial. Ce possible exercice antérieur dans le système de santé français tend à alimenter par ailleurs les frustrations chez les praticiens échouant aux épreuves de vérification des connaissances, lesquelles s'apparentent davantage à un concours à des fins sélectives qu'à un réel dispositif de validation des compétences. Par comparaison, l'Allemagne a fait le choix d'une procédure de reconnaissance des diplômes de médecine extra-communautaires plus ouverte. Ceci concourt sans doute à l'exercice dans le système de soins allemand d'un plus grand nombre de médecins formés à l'étrangers qu'en France : en 2021, et d'après les données d'Eurostat, environ 52 100 praticiens formés à l'étranger exerçaient en Allemagne, contre environ 26 600 en France.

A posteriori de la réussite des épreuves de vérification des connaissances, le praticien à diplôme hors Union européenne réalise un parcours de consolidation des compétences (PCC) d'une à deux années dans un établissement public de santé. A cette fin, les praticiens concernés sont invités à formuler des vœux dans le cadre d'une procédure de choix, afin de se positionner sur les établissements de santé ayant ouvert des postes dans ce cadre. Le cas échéant, les praticiens sont maintenus sur ces poste d'affectation jusqu'au bénéfice de l'autorisation de plein exercice, bien que les établissements puissent les mettre à disposition d'autres structures par voie de convention.

Enfin, cette période dite de consolidation des compétences se solde par le dépôt d'un dossier de demande d'autorisation d'exercice soumis à la Commission d'autorisation d'exercice (CAE). Il est à noter que les praticiens ayant achevé leurs parcours de consolidation des compétences mais dont le dossier est en attente d'instruction par ladite commission peuvent bénéficier d'une autorisation temporaire d'exercice délivrée par l'Agence régionale de santé (ARS) du territoire d'exercice. C'est en tout cas l'avis de cette commission qui motive la décision ministérielle d'octroi de l'autorisation définitive de plein exercice et marque alors la dernière étape avant la possibilité offerte au praticien de s'inscrire au tableau de l'Ordre des médecins.

Dans une certaine mesure, ce parcours peut être considéré comme un programme approprié de préparation vers l'exercice des fonctions en pleine et entière responsabilité, dans un souci de préserver un certain niveau de qualité et de sécurité des soins. Mais les mécanismes de reconnaissance des qualifications médicales pour les praticiens à diplôme hors Union européenne ne les protège pas de la précarité à laquelle ils sont exposés. En effet, « ce cadre réglementaire général [...] induit pour ces derniers des trajectoires professionnelles particulières, exposées à la précarité et à diverses formes de déclassement » (Lochard et al. 2007).

2.2.2 Praticien à diplôme hors Union européenne : un statut précaire

Dans l'introduction de l'ouvrage *Migrations et mutations de la société française*, les auteurs avancent : « le marché du travail segmenté, les politiques de libéralisation économique renforcent d'un côté les besoins en une main-d'œuvre « flexible et docile », dont le principal discriminant est la précarité du statut vis-à-vis de la loi. D'autre part, les politiques d'ajustement structurel et l'ouverture des marchés à la concurrence internationale renforcent les motivations au départ. » (Poinsot et Weber, 2014).

Non reconnu comme praticien au sens plein du terme avec les nombreux gains qui devraient en découler aux premiers rangs desquels des avantages symboliques (légitimité) mais aussi économiques (rémunération), les praticiens à diplôme hors Union européenne ont la possibilité d'exercer au sein du système de soins français, en y entrant par la « petite porte », c'est-à-dire via les statuts médicaux, autrefois de praticien attaché associé et d'assistant associé, et aujourd'hui de praticien associé²⁷.

²⁷ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. JORF n°0172 du 26 juillet 2019

Les praticiens exerçant sous ces statuts médicaux ne jouissent pas de la plénitude d'exercice et pratiquent alors la médecine sous la supervision de praticiens « seniors ». Les études relatives aux praticiens à diplôme étranger témoignent que la catégorisation administrative, consacrée par le droit français et alimentée par les multiples statuts dérogatoires, crée une certaine gradation dans le corps médical, entretient les différences selon la « nationalité du diplôme » et présente un caractère excluant pour les praticiens étrangers. La précarité du statut des PADHUE est notamment directement corrélée aux procédures de reconnaissance de leurs diplômes obtenus hors de l'Union européenne. Pour cause, le régime qui leur permettra ultérieurement d'exercer pleinement la médecine en France se décline sur plusieurs années, pendant lesquelles ils demeurent dans des situations marginales. Ce n'est qu'au terme du processus d'habilitation que se rompt l'inégalité de traitement entre les praticiens à diplôme hors Union européenne et leurs homologues détenteurs d'un diplôme français ou européen. Pourtant, le code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé de 2010 avance que « les personnels de santé migrants devraient être engagés, promus et rémunérés d'après des critères objectifs tels que les compétences, le nombre d'années d'expérience et les responsabilités professionnelles, selon le principe d'égalité de traitement avec les personnels de santé formés localement ».

Si le statut précaire de PADHUE apparaît alors comme un passage obligé pour les praticiens formés à l'étranger, le Centre Hospitalier du Haut Anjou fait le pari d'« accompagner la réussite aux EVC pour les PADHUE » eu égard à son projet social 2024-2028. L'objectif est alors de minimiser les délais d'insertion professionnelle et d'obtention de la plénitude d'exercice. A cette fin, « un accompagnement est proposé à ces praticiens afin d'augmenter leurs chances de réussite aux épreuves de vérification des connaissances, concours particulièrement sélectif ». Concrètement, outre une visite de l'établissement et du service le jour de leur arrivée, les praticiens à diplôme étranger sont conviés à un séminaire, lequel est organisé deux fois par an afin de délivrer des informations essentielles au bon exercice dans le système de soins français. Ainsi, des interventions sur la médecine légale ou encore la déontologie médicale sont assurées par des praticiens-ressources. Les praticiens conviés bénéficient aussi d'une sensibilisation aux outils informatiques déployés dans l'établissement et d'une formation flash par le médecin en charge de l'information médicale. Une sensibilisation à l'hygiène hospitalière, assurée par le praticien compétent, est également au programme de ce séminaire ciblé. Enfin une présentation de la gouvernance hospitalière et du fonctionnement institutionnel est entreprise par la direction des affaires médicales ; et l'environnement extra-hospitalier est également mis à l'honneur avec une présentation des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Surtout, le Centre Hospitalier du Haut Anjou a instauré des

modalités de préparation aux épreuves de vérification des connaissances pour les PADHUE qui n'en sont pas encore lauréats. Ainsi, outre les temps dédiés à un exercice dans des services hospitalo-universitaires visant à consolider leurs connaissances et leurs pratiques professionnelles, l'établissement a fait le choix de permettre aux candidats aux EVC de consacrer une à deux demi-journées par semaine à la préparation de ces épreuves. De plus, l'établissement garantit à cette fin la mise à disposition de salles, supporte le prêt ou l'achat d'ouvrages scientifiques, ou encore encourage le développement d'une approche collective des révisions à ces épreuves. Enfin, il a été également procédé à la nomination d'un médecin référent des praticiens à diplôme hors Union européenne au sein de l'établissement, notamment en vue de garantir des liens étroits entre ces praticiens étrangers, les praticiens de plein exercice et l'institution hospitalière. Indéniablement, cela représente un investissement réel pour l'établissement, dont le retour sur investissement n'est autre que la préservation et le développement de son offre de soin. Plus largement, cela revient à questionner sur le prix qu'il convient d'accorder à la santé de la population, car, faute de considérer les compétences des professionnels médicaux à diplôme étranger comme semblables à ceux des diplômés nationaux, il ne faudrait pas perdre de vue l'essentiel : soigner.

2.2.3 Un modèle à élargir à d'autres professions de santé ?

Sans doute, la fermeture de la profession aux étrangers extra-communautaires occulte les situations d'emploi en France de certains professionnels à diplôme hors Union européenne. Cette problématique s'entend comme la présence dans les effectifs des établissements de santé français de professionnels qui, détenteurs d'un diplôme non européen, travaillent dans des structures de soins comme agents des services hospitaliers qualifiés ou agents d'entretien qualifiés. A ce titre, l'exemple d'un enquêté est révélateur. Si l'un des professionnels en soins infirmiers interrogé dans le cadre de cette étude a déjà accompli une migration professionnelle par le passé avant d'être contraint pour des raisons administratives de retourner dans son pays d'origine, son projet migratoire s'est concrétisé dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes relevant de la fonction publique territoriale qu'au prix d'un « déclassement ». Diplômé dans son pays natal en soins infirmiers, il a été contractuellement recruté sur un emploi relevant de la catégorie C pour assurer en théorie la fonction d'agent d'hôtellerie. En dépit de ces dispositions contractuelles, il a exercé dans la pratique en tant que « faisant fonction d'aide-soignant ». En cela, en s'immiscant dans les interstices de la réglementation hospitalière, certains établissements ont recours à ces professionnels à diplôme étranger pour pallier le manque de ressources humaines disponibles. Il est vrai que les professionnels étrangers et

immigrés occupent déjà certains postes dans notre système de santé, en dépit de fortes disparités selon la région et le type de métier occupé. Pourtant, malgré cette présence déjà significative de professionnels étrangers, le secteur sanitaires reste en crise de recrutement.

Ne perdons pas de vue qu'il s'agirait avant tout de s'efforcer de répondre aux besoins en professionnels de santé par nos propres ressources humaines. Nul doute que la préservation d'un nombre conséquent de néo-formés, au moyen notamment de stratégies pluriannuelles de planification mais aussi des stratégies de fidélisation des professionnels de santé, constitue une approche plus durable pour garantir, demain, des ressources humaines en nombre suffisant dans notre système de soins. Miser sur les seuls professionnels de santé formés à l'étranger comme variable d'ajustement ferait courir le risque d'exposer le système de soins à une dépendance à des ressources humaines étrangères et donc de de l'exposer aux variations des directions et intensités des flux migratoires.

Mais la présence même de ces professionnels à qualifications étrangères dans les établissements français nous invite à nous interroger sur les conditions dans lesquelles les compétences des professionnels paramédicaux à diplôme étranger pourraient voir leurs compétences valorisées dans le système de soins français. En premier lieu, il est possible de songer à la reproduction du modèle de vérification des connaissances existant pour les praticiens à diplôme hors Union européenne, à l'égard des infirmiers formés à l'étranger. Cette hypothèse consisterait à créer un statut d'emploi « IADHUE » (statut d'emploi propre aux « infirmiers à diplôme hors Union européenne ») permettant une pratique en soins infirmiers « sous tutelle » de pairs et qui s'inscrirait dans des dispositifs de régularisation permettant in fine aux professionnels titulaires d'un diplôme extra-communautaire d'exercer dans des conditions d'exercice similaires à leurs homologues formés en France ou en Europe. Cependant, un tel modèle soulève d'ores et déjà des interrogations notables.

D'abord, ce modèle questionne la structuration du tutorat. En ce sens, plusieurs rapports européens relayent des difficultés de mise en œuvre des mesures de compensation : en effet, les mesures compensatoires prennent bien souvent la forme de stages dans un contexte de moindre ressources humaines paramédicales et donc de faible disponibilité d'encadrants dans les structures de soins pour garantir la réalisation de ces stages dans de bonnes conditions. Les difficultés existantes en la matière soulignent l'importance de penser au préalable tout dispositif de tutorat des professionnels de santé à diplôme étranger.

Plus encore, ce modèle supposerait de clarifier au préalable la responsabilité des infirmiers superviseurs. Ceux-ci se retrouveraient à encadrer leurs homologues étrangers qui, bien que qualifiés dans leur pays d'origine, doivent s'adapter aux spécificités des soins infirmiers en France et sont possiblement considérés comme sous-formés par leurs pairs français. Outre une responsabilité éthique, car ils leur incomberaient de garantir que l'infirmier supervisé soit correctement intégré et formé avant de pouvoir possiblement exercer en toute autonomie, ce rôle de supervision interroge surtout la responsabilité (administrative, pénale et disciplinaire), en cas d'erreur ou de faute commise par l'infirmier en formation au cours de son exercice hospitalier. L'absence d'un cadre juridique sur ce point pourrait dissuader certains infirmiers, y compris ceux les plus expérimentés en matière d'accompagnement des futurs professionnels ou néo-diplômés, d'endosser ce rôle de tuteur à l'égard de leurs homologues étrangers.

Enfin, les modalités de reconnaissance de l'expérience acquise au cours de cette « période probatoire » devront être définies. D'abord, il s'agirait de trancher la valorisation de leur contribution au fonctionnement du système de soins français pendant cette période de validation des compétences. En ce sens, les conditions de rémunération seraient l'un des points centraux à arbitrer. Sur ce point, le débat s'articulerait sans doute autour de deux grandes orientations. D'un côté, une orientation qui consisterait à valoriser pleinement cette période probatoire pour ce qu'elle doit être : une période d'adaptation. De l'autre, une position qui viserait à bénéficier d'une main d'œuvre qualifiée à moindre coût. Ensuite, les conditions de prise en compte de leur état de service dans le système de santé français devraient être arrêtées. En effet, les règles relatives à leur reprise d'ancienneté qu'il conviendrait donc de définir auraient des impacts sur leur progression professionnelle future dans les établissements publics de santé. Aussi, comme nous le laissons entendre précédemment s'agissant des possibilités d'études promotionnelles, la précarité d'un statut d'infirmier étranger « sous tutelle » pourrait limiter les opportunités de formation continue et de spécialisation pour tendre notamment vers les fonctions d'infirmier de bloc opératoire, d'infirmier anesthésiste, d'infirmier en pratique avancée. De plus, la durée et la nature de cette période probatoire doivent être clairement définies, afin d'éviter que les infirmiers concernés gravitent dans des positions d'attente sans perspective claire d'intégration définitive. En cela, il s'agit de capitaliser sur les enseignements tirés du modèle actuellement en vigueur s'agissant des praticiens à diplôme hors Union européenne.

3 Les défis et perspectives relatives à l'intégration des professionnels de santé étrangers dans les établissements publics de santé français

3.1 Les défis de l'intégration des professionnels de santé étrangers dans le système de soins français

3.1.1 La barrière de la langue comme principal frein dans le processus de socialisation professionnelle

La réglementation prévoit une condition de maîtrise des compétences linguistiques pour l'exercice de la profession infirmière, et ce, alors que les cours de langues étrangères ne figurent pas dans les programmes de la plupart des formations en soins infirmiers en Europe et dans le monde. Le contrôle des connaissances linguistiques est alors assuré par la structure ordinale, conformément aux dispositions du Code de la santé publique²⁸, alors que, pour rappel, l'inscription à l'ordre des infirmiers est une condition sine qua non pour l'exercice de la profession infirmière en France : le professionnel demandeur de son inscription au tableau de l'ordre doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession infirmière. En ce sens, l'établissement de santé devrait soumettre les candidats à une migration professionnelle à une évaluation de leurs compétences linguistiques.

Bien évidemment, cette exigence apparaît nécessaire, compte tenu de la place occupée par la communication dans le travail avec les patients et au sein des équipes de soins. Parce que le transfert des savoirs repose dans les institutions hospitalières sur une culture de l'oralité, ceci passe également par un travail sur un langage opérationnel commun, ainsi que sur des rencontres formalisées.

Comme évoqué précédemment, les flux migratoires peuvent s'expliquer par des politiques migratoires spécifiques, mais aussi par une proximité géographique ou encore linguistique. Plusieurs enquêtés dans le cadre de cette étude soulignent ce phénomène : par exemple, un répondant précisait : « je regarde pour travailler au Canada et en France [...] je cherche une structure francophone car je maîtrise mieux le français que l'anglais ». En tout état de cause, l'exemple des praticiens à diplôme hors Union européenne montre bien, en France, que les tendances migratoires sont assises sur une solide base

²⁸ Art. L. 4311-17, Code de la santé publique

linguistique, plus souvent que géographique : par exemple, la France est l'une des deux principales destinations, avec la Belgique, pour les médecins africains originaires de pays francophones. D'ailleurs, ce constat permettrait de plaider pour un élargissement des dispositifs de reconnaissance des qualifications professionnelles pour les professions paramédicales des pays francophones, à l'instar de ceux de l'arc méditerranéen ou bien de l'Afrique subsaharienne francophone.

Pour les non francophones, l'apprentissage de la langue serait alors un passage obligé. Le livre vert relatif au personnel de santé en Europe établi en 2008 par la Commission des communautés européennes suggérait de « créer des possibilités de formation linguistique en vue d'une mobilité potentielle ». L'exemple du recrutement spécifique des infirmières espagnoles au début des années 2000 montre que cette perspective n'est pas insurmontable, au prix certes d'un investissement certain. En l'espèce, les infirmières espagnoles se voyaient dispenser une formation accélérée en français durant quatre semaines suivant leur arrivée sur le territoire. Ce premier mois d'apprentissage de la langue était effectué dans un centre de formation en région parisienne ; et les formations étaient alors dispensées par un opérateur en formation spécialisé pour des formations générales au français mais aussi les enseignements plus techniques liés aux pratiques soignantes. Ces professionnels étrangers doivent adapter leurs connaissances et leur expérience professionnelle à un nouveau système de soins et un nouvel environnement de travail. En effet, l'exercice de la profession infirmière suppose, de prime abord, l'apprentissage de la dénomination des médicaments, la connaissance des dénominations des pathologies, l'utilisation du matériel disponible, la connaissance et la maîtrise des procédures et protocoles, la connaissance de l'organisation interne, etc. Pour leur permettre de répondre aux attentes et aux exigences de leurs fonctions dans le système de soins français, mais aussi pour les encourager à vouloir rester à long terme, les professionnels de santé étrangers ont besoin d'un soutien approprié, en particulier pendant la période initiale d'apprentissage, pour lequel l'établissement d'accueil a un rôle à jouer. Dans le cas du recrutement des infirmiers espagnols, l'établissement employeur devait, le cas échéant, veiller à un accompagnement linguistique au cours des premiers mois d'exercice dans le système de soins français. Sur ces fondements, le Centre Hospitalier du Haut Anjou a par exemple développé à l'intention de ses praticiens étrangers, un partenariat avec une association locale dispensant des cours de français. Chez les personnes interviewées dans le cadre du présent écrit, plusieurs répondants affirmaient suivre des cours de français dans le cadre de leur projet de mobilité transfrontalière.

Plus globalement, il s'agit, en pratique, de parvenir à garantir un accompagnement complexe, car plus spécifique et plus long, pour ces « nouveaux arrivants ».

3.1.2 La promotion d'une intégration globale des professionnels de santé étrangers

Ne résumons pas la complexe intégration des professionnels de santé étrangers à un seul enjeu linguistique. La non-maîtrise de la langue mais aussi les différences de codes relationnels, la perception du pays d'accueil, etc. sont autant de facteurs infiniment plus délicats à percevoir : ils touchent à la personnalité des individus, à leur culture d'origine et à leurs systèmes de représentation. Autrement dit, la migration ne saurait être considérée comme une fin en soi et doit être pensée comme un processus global dans lequel chaque étape dépend de toutes les autres pour son succès. En cela, le succès de l'intégration professionnelle est corrélé à une intégration socio-familiale réussie qui recouvre de nombreuses réalités pour lesquelles il est possible de s'interroger s'il en est du rôle de l'hôpital d'y veiller. Après tout, marquée par le passage contemporain d'une gestion traditionnelle à un management individualisé, la réalité hospitalière consiste à gérer des hommes et des femmes avec leurs personnalités, leurs cultures, leurs attentes et tous les imprévus caractérisant une relation professionnelle singulière. En cela, outre les difficultés propres aux voies d'intégration du professionnel lui-même, faut-il questionner l'intégration de sa sphère personnelle.

Indéniablement, ces nouveaux professionnels ont besoin d'informations et de conseils sur un large éventail de sujets, comme la recherche d'un logement, de la garde d'enfants et éventuellement d'un emploi pour les membres de la famille qui les accompagnent, etc. Ceci peut alors passer par une collaboration avec les organismes et autorités locales qui est, sans doute, particulièrement importante dans les territoires structurellement faibles tels que le département mayennais. En ce sens, le Centre Hospitalier du Haut Anjou a fait le pari de miser également sur l'intégration familiale de ses nouveaux praticiens, lesquels sont majoritairement des praticiens à diplôme étranger. Concrètement, le Centre Hospitalier du Haut Anjou propose une visite guidée de la ville et de ses différents services, assure un accompagnement dans la réalisation des démarches administratives diverses, apporte un appui dans la recherche de solutions de garde d'enfants ou d'écoles, met à disposition de ses nouveaux arrivants un logement pendant une durée maximale de trois mois, développe aujourd'hui des partenariats avec les acteurs locaux de l'emploi pour faciliter l'insertion professionnelle du conjoint sur un territoire mayennais caractérisé par son plein emploi, etc. Par ailleurs, dans l'écosystème à taille humaine dans lequel s'inscrit l'établissement, c'est l'ensemble de ces acteurs qui semble aussi « se spécialiser » dans l'accueil des praticiens étrangers et de leurs familles : par

exemple, une école du territoire accueille aujourd'hui la quasi-totalité des enfants des praticiens originaires d'Amérique du Sud.

Cet accompagnement institutionnel des premiers mois se double, bien souvent, d'un accompagnement par la « communauté » d'expatriés de sa région d'origine. Il est vrai que des études concluent que les praticiens venant de l'étranger ont tendance à s'installer dans les mêmes régions que ceux qui sont déjà sur le territoire national. Un tel phénomène peut donc être observé dans une moindre mesure à l'échelle du Centre Hospitalier du Haut Anjou où des parcours migratoires dits « par similitude » se multiplient, à telle enseigne que des « communautés » de praticiens étrangers semblent se constituer selon leurs régions d'origine. Citons à titre d'exemple les praticiens brésiliens exerçant au Centre Hospitalier du Haut Anjou : souhaitant initialement exercer en France pour des raisons diverses (conjoint français, insécurité dans le pays d'origine, etc.), ces praticiens ont vu leur parcours migratoire facilité par la présence de leurs homologues brésiliens exerçant avant eux dans l'établissement. Plus globalement, les candidatures réceptionnées par l'établissement s'agissant des praticiens à diplôme étranger relèvent de candidatures spontanées à proprement parler, ou bien sont orientées vers l'établissement par les praticiens à diplôme étranger qui y exercent et qui jouent alors un certain rôle d'ambassadeur de l'établissement sur un marché du travail médical global. Sans doute, le dispositif de « prime de parrainage » instauré en 2022 pour les métiers en tension (dont les spécialités médicales) concourt activement à la valorisation de l'établissement par les praticiens à diplôme étranger qui y exercent, auprès de leurs pairs. De ce fait, le Centre Hospitalier du Haut Anjou s'est inséré dans des réseaux sociaux professionnels internationaux. Par ailleurs, la direction des affaires médicales et le service communication de l'établissement organisent chaque année deux soirées conviviales inspirées des régions d'origine de ces communautés. Y sont conviés les internes, les praticiens à diplôme hors Union européenne et les praticiens « seniors ». Ceci contribue pour les praticiens étrangers au développement d'un tissu social local susceptible de concourir à leur « stabilisation » sur le territoire sud-mayennais.

En somme, les établissements de santé souhaitant s'appuyer sur des compétences médicales détenues par des praticiens étrangers ont tout intérêt à préparer correctement leur intégration professionnelle. C'est notamment le sens donné au CHHA au parcours d'accompagnement des praticiens à diplôme hors Union européenne vers la réussite aux épreuves de vérification des connaissances. Aussi, parce que la transmission des « habitudes professionnelles » qui ont été expérimentées, choisies et validées par le collectif repose sur le bon vouloir de ceux qui le constitue, l'acceptation des différences de l'autre apparaît comme une condition indispensable à la création d'un espace de travail et de développement des compétences pour ces professionnels étrangers. En ce sens,

l'engagement des praticiens exerçant déjà au sein de l'institution hospitalière est primordial. Faut-il ne pas considérer d'ailleurs les professionnels étrangers comme des élèves : n'étant pas apprenant de leurs futurs métiers, ils représentent davantage des professionnels en période d'intégration. Or, par ses méthodes de recrutement ainsi que ses modalités d'accueil et d'intégration professionnelle et personnelle, le Centre Hospitalier du Haut Anjou a développé une certaine expertise dans le recours aux médecins étrangers en réussissant leur incorporation dans les équipes médicales, et ce en dépit de certains freins corporatistes persistants. De ces orientations prises il y a maintenant plusieurs années, le Centre Hospitalier en tire aujourd'hui un certain retour sur investissement. En effet, le succès de ces processus de recrutement et d'intégration des praticiens étrangers est tel qu'il se traduit premièrement par une intensification de l'accueil de praticiens à diplôme extra-communautaire. Surtout, l'établissement bénéficie de la pérennisation de ces professionnels médicaux dans ses murs, grâce à la réussite tant de leur intégration professionnelle²⁹, que de leur intégration personnelle comme le souligne à terme la naturalisation de certains d'entre eux.

3.1.3 Le défi du développement de la mobilité académique chez professionnels paramédicaux

La réalisation de tout ou partie de la formation dans le pays d'accueil permettrait d'éviter notamment de longues procédures de reconnaissance des qualifications professionnelles, tandis que le contact avec d'autres apprenants faciliterait l'apprentissage et la maîtrise de la langue et, plus globalement, l'intégration sociale dans ce pays d'accueil. En outre, ceci permettrait de limiter le manque de retour sur investissement et les possibles perturbations sur les efforts de planification des effectifs soignants pour des pays qui formeraient des professionnels de santé avant une mobilité internationale. En revanche, la formation des étudiants étrangers peut affecter la disponibilité des places de formation, lorsque ces étudiants étrangers ne sont pas enclins à rester dans le pays d'accueil après l'obtention de leurs diplômes. Par exemple, la planification belge des effectifs soignants est affectée par les flux d'étudiants en santé néerlandais et français cherchant à contourner les obstacles à l'accès aux études de santé qui s'appliquent dans leur pays d'origine. Dans ce contexte, certains États pourraient ne pas être enclins à investir davantage dans la formation d'un nombre plus conséquent de professionnels, si trop peu d'entre eux y exerceront ultérieurement et donc que le retour sur investissement est trop faible.

²⁹ N.B. : Près de la moitié des postes de praticien hospitalier ouverts par l'établissement sont pourvus par des anciens PADHUE ayant réussi leur parcours de consolidation des compétences.

Mais, il est vrai que l'ouverture des frontières administratives peut passer par le développement de la mobilité académique³⁰, notamment s'agissant des formations paramédicales. Par exemple, les étudiants en soins infirmiers de l'Université brésilienne de São Paulo peuvent envisager une mobilité internationale sur la base du volontariat et au moyen de possibles bourses d'études, et ce, pour la réalisation d'une partie de leur cursus universitaire dans des pays comme le Canada, les États-Unis, mais aussi l'Angleterre, le Portugal ou encore l'Espagne. En France, cette mobilité académique supposerait le développement de « jumelages » entre les IFSI français et des organismes de formation étrangers. Or, ces collaborations devraient être assises sur des équivalences entre les formations, française et étrangères, et sur la définition d'unités d'enseignement pouvant être validées lors de la mobilité académique. Néanmoins, notons que, la formation française en soins infirmiers n'est pas pleinement intégrée aux systèmes universitaires, ce qui en complexifie la reconnaissance par des partenaires universitaires de pays tiers. Cette convergence des savoirs académiques serait en tout cas possiblement précurseur de mécanismes de reconnaissance d'équivalences des diplômes français et extra-communautaires.

En effet, sur le marché mondial de la formation en santé, une harmonisation des curricula de formation permettrait de fournir peu ou prou des formations identiques et donc des conditions de diplomation similaires. En ce sens, l'hétérogénéité des formations en soins infirmiers dispensées à travers le monde incite à reconnaître l'importance de la concertation et de prises de position internationales en la matière, ou dans une moindre mesure au sein des pays francophones où une disparité des formations persiste. Par exemple, en Afrique francophone, diverses initiatives ont vu le jour pour le rehaussement des formations en soins infirmiers et sont encouragées par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé qui souhaite l'adoption d'une harmonisation de la formation infirmière par la filière Licence-Master-Doctorat (LMD). Mais il reste que nous sommes dans l'impossibilité d'imposer quoi que ce soit sur le contenu des formations et, par suite, s'agissant des champs d'actions des professionnels. Toute tentative d'harmonisation se heurte au fait que la formation demeure une compétence nationale. L'exemple européen en est d'ailleurs une bonne illustration. Si pour favoriser la mobilité des professionnels de santé, l'Union européenne a tenté d'harmoniser les conditions de qualifications nécessaires à l'exercice des professions réglementées de santé, « on note des différences notables dans les formations, tant sur la durée que sur leur contenu que la directive [européenne de 2005] précitée n'harmonise qu'à minima », conformément aux conclusions du rapport

³⁰ La mobilité académique est à dissocier de tout dispositif de mobilité qui consisterait à la réalisation d'un stage dans le système de soins d'un pays tiers. Elle s'entend comme la mobilité permettant de suivre, pour partie, le cursus de formation en soins infirmiers local.

d'information du sénateur M. Médevielle de 2020 sur la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne. De même, le périmètre des actes autorisés pour chaque profession associée à un diplôme peut être différent d'un État membre à un autre.

3.2 Les perspectives d'avenir pour la gestion des mobilités internationales des professionnels de santé : éléments de discussion

3.2.1 Vers une gestion éthique des migrations des professionnels de santé ?

La « fuite des cerveaux » évoqué précédemment nourrit depuis plusieurs années des réflexions en faveur d'un recrutement international éthique qui impliquerait la mise en place de pratiques transparentes, assises sur un cadre commun respectueux des droits de libre circulation des professionnels de santé tout en garantissant que leur migration n'aggrave pas les pénuries de personnel dans leur pays d'origine. Il est vrai que la réponse au phénomène d'« exode des talents » ne pourra être que global et passera par une approche prospective, coordonnée et volontariste à l'échelle internationale, s'appuyant sur les dynamiques démographiques régionales, les besoins en santé publique convergents mais aussi disparates selon les territoires et des objectifs communs pour les systèmes de santé mondiaux.

C'était notamment le sens donné à l'organisation d'un colloque ayant réuni en novembre 2023 les représentants d'une vingtaine d'ordres des infirmiers étrangers pour échanger sur les enjeux éthiques de la régulation internationale. Au cours de celui-ci, l'ex-président de l'ordre national des infirmiers, Patrick Chamboredon, évoquait « l'importance de ne pas créer de déséquilibres entre les pays et systèmes de santé ». C'est aussi dans cette finalité que le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé a été adopté en 2010 par l'Assemblée mondiale de la santé.

Ce « code international » vise à constituer un cadre de référence pour encadrer les migrations internationales des professionnels de santé, en tenant compte des droits, des obligations et des attentes des pays d'origine, des pays de destination et des personnels de santé migrants. Pour autant, il « ne vise pas à limiter les migrations des personnels de santé [...] mais plutôt à atténuer les aspects pénalisants pour les systèmes de santé des pays d'origine et à favoriser une approche plus éthique du recrutement international des personnels de santé » (Braichet, 2010). Néanmoins, comme le précisent ses articles

premier et deuxième, ce code définit et promeut des principes et pratiques non contraignants qui en limitent de ce fait l'application concrète. En cela, des pays pourraient continuer de recourir massivement aux recrutements internationaux pour faire face à leur besoin en personnels de santé, entrant alors simplement en contradiction avec leurs engagements internationaux sous réserve qu'ils aient au préalable approuvé ledit code.

Il est vrai que peu d'éléments permettent d'avancer que les pays se sont emparés de cet instrument volontaire pour en faire un éventuel fondement de leurs politiques de renforcement des ressources humaines de santé. En outre, malgré des débats intenses sur le « recrutement éthique » de professionnels de santé étrangers, il existe étonnamment peu d'études sur ces sujets. Sans doute, les difficultés à disposer des données chiffrées et assises sur des méthodes de recueil et de traitement permettant d'établir des comparaisons internationales fiables font encore défaut pour ce faire.

En tout cas, tout l'enjeu pour un pays d'accueil tel que la France est de concilier la réponse apportée aux pénuries de ressources humaines en santé et la minimisation des implications pour les pays d'origine des professionnels de santé formés à l'étranger. Autrement dit, concilier efficacité et éthique des migrations des professionnels de santé qualifiés. La Stratégie française en santé mondiale 2023-2027 précise que « la France s'engage à respecter et à promouvoir le Code [...], crucial pour répondre aux enjeux de migration des personnels de santé et de renforcement des systèmes de santé nationaux ». Cette Stratégie énonce un certain nombre d'engagements de la France qui s'apparentent à des mesures de compensation des flux migratoires que son système de soins absorbe. Citons de manière non exhaustive le soutien français pour la création de l'Académie de l'OMS destinée à « répondre aux besoins de formation de l'ensemble des acteurs des systèmes de santé dans le monde », l'« appui au renforcement des institutions de formation initiale », le soutien aux « fonds multilatéraux en santé », l'« accompagnement à la transformation des métiers de la santé », ou encore l'appui aux institutions nationales « en matière de gestion des ressources humaines en santé, de régulation du marché du travail, de définition des référentiels métiers et d'accréditation des structures de formation ». Jean-Marc Braichet, dans un bref article sur l'adoption du Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, le prédisait dès 2010 : certains pays « accentueront leur appui technique, voir financier, au bénéfice des pays sources, dans tous les domaines concernant les personnels de santé, de la formation initiale et continue à la fidélisation, en passant par les conditions d'exercice et d'existence ».

Plus encore que des mesures de compensation parfois jugées hypocrites, le défi d'un juste partage des personnels en santé à l'échelle mondiale inviterait à construire des

mécanismes de régulation nationaux et internationaux, et donc à penser une gestion internationale des ressources humaines en santé.

3.2.2 Vers une lente maturation d'une gestion internationale des ressources humaines en santé ?

Nous assistons ces dernières années à une prise de conscience accrue de l'interdépendance des systèmes de santé et de la nécessité de développer des cadres de coopération transnationaux comme nous l'a rappelé la crise sanitaire de la Covid. Ainsi, dans un contexte de globalisation de la santé, de trajectoires migratoires internationales à des fins professionnelles et de politiques d'« immigration choisie » développées dans certains pays, nous devons nous interroger également sur les déplacements des frontières administratives, au risque d'observer dans nos structures de soins de possibles stratégies de contournement (Desclaux, 2017). Nous l'avons vu par exemple avec l'emploi de professionnels de santé étrangers recrutés contractuellement sur des emplois sans conditions de diplôme (agents des services hospitaliers qualifiés, agents d'entretien qualifiés) pour exercer dans les faits des fonctions relevant d'une profession réglementée. Dans le cas des PADHUE, « il existe de nombreux cas où les directions d'hôpitaux s'affranchissent des règles, les contournent, obtiennent des dérogations... Pour toutes ces raisons, il existe des écarts entre les principes affichés [...] et les pratiques réelles parfois en contradiction avec ces principes ou qui s'en affranchissent avec facilité » (Lochard et al., 2007). En cela, le marché international du travail de la santé se développerait de manière quelque peu anarchique, faute de réelles politiques communes en matière de recrutement sur un marché où les compétences en matière de santé apparaissent souveraines.

Il est vrai que le contexte d'ouverture des frontières et de gestion des compétences à l'échelle européenne laisserait à penser à une gestion internationalisée de certaines professions de santé. L'interconnexion des marchés du travail est certes affichée à l'échelle du continent européen, mais peut aussi être construite au niveau mondial. Cependant, d'une part, force est de constater que, s'il est possible d'évoquer un marché du travail de la santé international, celui-ci demeure fermé dans une certaine mesure : des freins multiples concourent à « protéger » les travailleurs nationaux contre une « concurrence étrangère », notamment en déterminant les conditions nécessaires à l'accès à certaines professions réglementées dont la « nationalité du diplôme ». D'autre part, les motivations à la migration et les trajectoires migratoires des professionnels de santé demeurent un phénomène intangible et, de ce fait, difficile à maîtriser. La liberté fondamentale de circulation des travailleurs, reconnue a minima au sein de l'Union européenne, ferait en tout état de cause

obstacle à des limitations plus nettes et trop discriminantes pour réguler les migrations professionnelles dans le champ de la santé. Finalement, la réponse à apporter ne réside pas dans l'introduction de restrictions juridiques à la libre circulation des étudiants et des professionnels, mais la mobilité accrue des professionnels de santé obligera peut-être les gestionnaires des ressources humaines à l'échelle locale à repenser leurs politiques de recrutement et de développement des carrières.

L'avenir de la gestion internationale des ressources humaines en santé dépendra donc de la capacité des organisations internationales, des gouvernements et des institutions en santé à collaborer. Et cette maturation, bien que lente, est cruciale pour assurer un accès équitable aux soins de santé à l'échelle mondiale, tout en créant un environnement où les professionnels de santé peuvent évoluer, indépendamment de leur trajectoire migratoire.

3.2.3 Quelles implications pour les décideurs politiques et les gestionnaires des établissements publics de santé ?

Indéniablement, le panorama migratoire complexe continue de poser des défis en matière de gestion des ressources humaines auxquels les décideurs politiques et les gestionnaires des établissements publics de santé sont et seront confrontés.

D'abord, les décideurs devront se concentrer sur le développement de stratégies de rétention des professionnels formés à l'étranger exerçant dans le système de soins français, en reconnaissant que la France, bien qu'historiquement attractive, n'est plus la seule destination pour ces professionnels qualifiés sur un marché du travail globalisé. Cela passe par la simplification des procédures de reconnaissance des diplômes étrangers, et, plus globalement, par la réduction des obstacles administratifs qui freinent leur intégration professionnelle dans le système de soins français. Pourtant, les textes régissant la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme extra-communautaire n'ont cessé d'évoluer au fil du temps ; mais ces modifications récurrentes ont surtout contribué à maintenir les intéressés dans une « période probatoire ». Il appartient aussi aux gestionnaires des établissements publics de santé de développer des parcours d'intégration professionnelle institutionnellement définis et collectivement garantis dans les structures de soins, incluant en outre un accompagnement administratif et des modalités d'intégration linguistique voire culturelle pour une meilleure adaptation de ces nouveaux arrivants.

Si les praticiens à diplôme hors Union européenne ne peuvent relever d'un système de recrutement et d'intégration « traditionnel », il en irait de même par principe pour les professionnels paramédicaux à diplôme étranger. Pour ces derniers, des réflexions pourraient émerger pour soutenir une révision des possibilités d'exercice dans le système de soins français pour les professionnels paramédicaux formés à l'étranger, en créant les conditions de la validation de leurs compétences mais aussi de la reconnaissance de leur contribution au système de soins français. Il s'agirait de répondre aux besoins actuels en ressources paramédicales dans les établissements hospitaliers, tout en veillant à ce que le recours à ces professionnels étrangers ne soit pas qu'une solution de court terme mais bien une action intégrée et durable d'une stratégie de renforcement du système de soins. Pour les gestionnaires des établissements publics de santé, les défis seraient alors d'ordre organisationnel et managérial. Pour cause, là aussi, il s'agirait de développer des stratégies pour optimiser l'intégration des professionnels paramédicaux étrangers dans les équipes soignantes, en garantissant la qualité et la sécurité des soins. Ceci supposerait la création de programmes de tutorat, qui confronteraient notamment les intéressés à des pratiques professionnelles différenciées mais aussi aux différences culturelles et barrières linguistiques. Enfin, les gestionnaires devraient également être attentifs à l'impact de ces intégrations sur le personnel existant, en veillant à maintenir un climat de travail sain et en évitant les tensions qui pourraient surgir d'éventuelles perceptions d'inégalité ou de favoritisme que feraient planer le déploiement de modalités d'intégration réservées aux seuls professionnels étrangers. En cela, les gestionnaires devront s'atteler non seulement à une approche individuelle des professionnels aux parcours migratoires différenciées mais aussi soutenir une gestion des ressources humaines globale pour prévenir tout risque de marginalisation et préserver un climat de travail collaboratif.

Qu'elles soient politiques ou plus opérationnelles, des marges de manœuvre demeurent pour une meilleure gestion des professionnels de santé à diplôme étranger dans le système de soins français. Il s'agit avant toute chose de connaître les tenants et aboutissants de ces itinéraires migratoires, au risque d'alimenter le débat sur la mobilité internationale des soignants et sur les enjeux éthiques qu'elle soulève.

Conclusion

Contribuant à l'amointrissement des pénuries de personnel dans les pays d'accueil, les flux migratoires des professionnels de santé révèlent les limites et les contradictions d'un système de soins français qui, tout en s'appuyant sur des professionnels formés à l'étranger, conserve des barrières administratives et structurelles. Certes, dans un contexte de pénurie généralisée de ressources humaines en santé, la France a développé un encadrement juridique pour l'exercice des professionnels de santé étrangers dans son système de soins ; mais leurs intégrations demeurent à géométrie variable selon la profession de santé et s'inscrivent, en ce qui concerne les professions paramédicales, en rupture avec les tendances migratoires actuelles. D'un côté, les praticiens à diplôme hors Union européenne bénéficient d'une procédure d'autorisation d'exercice, au prix de leur entrée dans un statut d'emploi juridiquement défini mais précaire. Loin de faire surnombre, ils exercent dans les établissements publics de santé français et concourent activement à la préservation d'une offre de soins, notamment dans les zones sous-dotées. De l'autre, les infirmiers titulaires d'un diplôme extra-communautaire sont dans l'impossibilité d'exercer leur profession infirmière en France sans s'engager à nouveau dans un cursus de formation, tandis que le mécanisme de reconnaissance des qualifications professionnelles pour les ressortissants européens n'apporte guère de résultat satisfaisant pour ceux détenteurs d'un diplôme communautaire. Pour les professionnels en soins infirmiers étrangers, les facteurs d'attraction et d'incitation (rémunération, conditions de travail, proximité linguistique, etc.) se heurtent à l'insuffisance des facteurs d'activation et de facilitation compte tenu des obstacles juridiques et structurels à la migration. Ceci contraste alors avec les besoins en personnels de santé du système de soins français. Si la réglementation actuelle limite donc considérablement l'accès au marché du travail national des professionnels paramédicaux formés à l'étranger, la demande des établissements de santé sera peut-être demain plus pressante pour faire appel à eux, compte tenu des tensions sur les ressources humaines de santé auxquels ils sont confrontés.

Les défis d'intégration des professionnels de santé formés à l'étranger ne se limitent pas aux aspects juridiques et administratifs. Ils s'étendent également à des dimensions plus organisationnelles et humaines. Contraints de naviguer en la matière dans un cadre législatif et réglementaire complexe, les établissements de santé peuvent contribuer au développement d'une gestion plus efficace et humaine de ces flux migratoires. En ce sens, nous avons interrogé l'institution hospitalière française dans ses capacités à faire une place à des professionnels titulaires d'un diplôme extra-communautaire en leur octroyant des possibilités de développement de carrière et des conditions de travail identiques à celles de leurs homologues français. Par ailleurs, l'étude de la situation des professionnels

infirmiers à diplôme extra-communautaire vient alimenter certains débats concernant la gestion française des professions de santé : les déficits en professionnels de santé, le bien-fondé de la réglementation actuelle régissant les professions réglementées, l'universitarisation de la formation en soins infirmiers, etc. Pour les gestionnaires des établissements de santé, il s'agit de développer des stratégies d'accueil, d'intégration et de fidélisation des professionnels de santé à diplôme étranger, pour répondre, à terme, aux besoins de santé de la population sur leurs territoires d'implantation. Il en va aussi du maintien de l'attractivité de la France sur un marché du travail de la santé aujourd'hui globalisé et sujet à concurrence. Après tout, les praticiens et les professionnels qualifiés en soins infirmiers n'échappent pas à la tendance actuelle d'une mobilité à la fois européenne et internationale, sur un marché du travail certes global mais aux transferts de compétences inégaux. Sur ce dernier point, le débat sur les conditions d'une gestion plus éthique et équilibrée des flux migratoires des professionnels de santé reste ouvert, alors que les mécanismes de compensation développés par les pays d'accueil apparaissent insuffisants pour pallier un phénomène de « fuite des cerveaux ».

Bibliographie

Références juridiques :

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. JORF n°0181 du 7 août 2009
- Circulaire DHOS/P2/2007/201 du 15 mai 2007 relative à la mise en extinction du dispositif d'autorisations de recrutement en qualité d'infirmier de médecins titulaires d'un diplôme extra communautaire de docteur en médecine par des établissements de santé, publics et privés, et précisant les dispositions applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers titulaires de diplômes extra-communautaires. BO Santé-Protection sociale-Solidarité n°2007/7 du 15 août 2007
- Circulaire DGOS/RH2/2013/165 du 18 avril 2013 relative aux procédures de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants d'un État hors Union européenne ou non partie à l'Association Européenne de Libre Échange titulaires d'un titre de formation délivré par un des États membres ou parties (professions paramédicales). BO Santé-Protection sociale-Solidarité n°2013/5 du 15 juin 2013
- Directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. JOUE L 255/22 du 30 septembre 2005
- Directive 2013/55/UE du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement n°1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur. JOUE L 354/132 du 28 décembre 2013
- Directive 2018/958/UE du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions, JOUE L 173/25 du 9 juillet 2018

Articles et ouvrages scientifiques :

- BRAICHET J.M., 2010, « L'adoption du Code de Pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé : une étape importante pour tous les personnels de santé au niveau mondial », Santé publique, vol. 22, p. 599-600
- CAMPBELL J., T. SHOJAEI T., 2018, « Ressources humaines en santé dans les pays d'Afrique francophone : dynamiques et défis », Santé publique, HS, p. 5
- DESCLAUX A., 2017, « La disparition silencieuse des médecins PADHUE : fin d'une injustice d'État ou nouvelle exclusion ? », Santé publique, vol. 29, p. 341-344

- DHAENE G., 2011, « Performance des systèmes de santé et ressources humaines : le chaînon manquant », Santé internationale, p. 187-200
- FIFATEN HOUNSOU C., 2014, « En quête du métier de médecin : immigrations de professionnels de santé ouest-africains en France », Hommes & Migrations, n°1307, p. 105-114
- HATZFELD C., BOIDE M., BAUMELOU A., 2009, « Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire. Leur difficile intégration dans le système français. Cas des médecins et des infirmiers », Hommes & Migrations, n°1282, p. 90-100
- KADRI A., MESSAMAH K., 2014, « La France et les diasporas de la connaissance : concilier attractivité et maîtrise de l'immigration », Migrations et mutations de la société française, p. 56-63
- LAFORTUNE G. & BALESTAT G., 2022, « Médecins et infirmiers : leur nombre et leur rémunération en France et dans les autres pays de l'OCDE avant la pandémie », Tribunes de la santé, n°72, p.25-38
- LAMBERT S., SALOMON-LEGRAND & COTELLON G., 2003, « Intégration des personnels étrangers à l'hôpital. De l'enjeu d'un tutorat professionnel et interculturel réussi », Gestions hospitalières, n°431, p. 827-831
- LOCHARD Y., MEILLAND C., VIPREY M., 2007, « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle », La Revue de l'Ires, n°53, p. 83-110
- RADI M., GOBATTO I., MESTRE C., 2023, « Quelle place pour les médecins étrangers au sein de l'institution hospitalière française ? Réflexion à partir des psychiatres algériens », L'Autre, vol. 24, p. 91-101
- ROYNIER C., 2015, « Les professionnels de santé en Europe : contribution à une définition unitaire », Tribunes de la santé, n°48, p. 33-38
- SAUNERON S., 2011, « La migration des médecins africains vers les pays développés », Santé internationale, p. 207-213

Études et rapports institutionnels :

- Assemblée mondiale de la santé, 2010, Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (Résolution WHA63.16). Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-fr.pdf
- Commission des communautés européennes, 2008, Livre vert relatif au personnel de santé en Europe. Disponible à l'adresse : <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:FR:PDF>

- Cour des comptes européenne, 2024, Reconnaissance des qualifications professionnelles dans l'Union européenne : un mécanisme essentiel, mais utilisé de manière sporadique et incohérente. Disponible à l'adresse : https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2024-10/SR-2024-10_FR.pdf
- DREES, 2018, Étude « 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins ». Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1062.pdf>
- DREES, 2024, Démographie des infirmières et des aides-soignantes. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-06/DM15.pdf>
- Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, 2022, Évolution de la profession et de la formation infirmières. Disponible à l'adresse : <https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-04/%c3%89volution%20de%20la%20profession%20et%20de%20la%20formation%20infirmi%c3%a8res.pdf>
- Ministère de la Santé et de la Prévention et Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, 2023, Stratégie française en santé mondiale 2023-2027. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_francaise_en_sante_mondiale.pdf
- OCDE, 2023, « Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier », dans Health at a Glance 2023 : OECD Indicators.
- Sénat, 2020, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires européennes sur la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne par M. Médevielle. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/rap/r19-563/r19-5631.pdf>

Liste des annexes

1. Annexe I : Guide d'entretien
2. Annexe III : Grille de codage

1 Guide d'entretien

Propos introductif : Je vous remercie d'abord d'avoir accepté de participer à cet échange. Cette rencontre s'inscrit, pour rappel, dans le cadre d'une étude que je réalise sur les mobilités internationales des professionnels de santé, en particulier des infirmiers diplômés dans un pays autre que la France mais qui souhaitent exercer en France. L'objectif de cet échange est donc de comprendre votre parcours, vos motivations et votre projet professionnel de mobilité internationale. Il s'agit d'un entretien semi-directif, ce qui signifie que j'ai préparé des questions pour guider notre discussion, mais vous êtes libre de partager toute information que vous jugez pertinente lors de notre échange qui devrait durer entre 40 minutes et 1 heure. Sachez que vos propos, s'ils sont utilisés dans le cadre de cette enquête, resteront anonymes. Vous avez la possibilité, à tout moment, de ne pas répondre aux questions posées. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me les exprimer.

⇒ 1^{er} item : Parcours académique et professionnel :

- Q1 : Pouvez-vous me présenter votre cursus de formation ? Quelles sont vos formations initiales ? Avez-vous réalisé des spécialisations ? Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'infirmier ?
- Q2 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Quelles sont vos expériences professionnelles passées ?

⇒ 2nd item : Projet de mobilité internationale

- Q1 : Qu'est-ce qui vous conduit aujourd'hui à envisager de travailler dans un autre pays ? Avez-vous envisagé de travailler dans d'autres pays que la France ? Pour quelles raisons souhaitez-vous exercer en France ?
- Q2 : Avez-vous déjà travaillé dans d'autres pays ? Si oui, quels enseignements tirez-vous de ces expériences ?
- Q3 : Quels aspects du secteur de la santé en France vous intéressent en particulier ? Comment jugez-vous les conditions de travail dans les établissements de santé français ? Les conditions de rémunération ?
- Q4 : Rencontrez-vous des difficultés dans votre projet de partir travailler dans un autre pays en tant qu'infirmier ? Avez-vous connaissance des règles encadrant la reconnaissance de vos diplômes en France ? Si oui, qu'en pensez-vous ? Comment jugez-vous l'obligation d'accomplir à nouveau une formation en soins infirmiers en France ?

⇒ 3^{ème} item : Intégration dans le système de soins français

- Q1 : Selon vous, quelles seraient les difficultés que vous pourriez rencontrer si vous travailliez dans un établissement de santé en France ?
- Q2 : Comment jugez-vous votre niveau de langue en français ? Parlez-vous français avant votre souhait de venir travailler en France ?
- Q3 : Comment voyez-vous la suite de votre carrière professionnelle dans l'éventualité où vous seriez amené(e) à travailler en France ?

⇒ 4^{ème} item : Intégration socio-familiale :

- Q1 : Connaissez-vous des personnes résidant actuellement en France ? Si oui, connaissez-vous des personnes exerçant ou ayant exercé dans des établissements de santé français ?
- Q2 : Votre projet de quitter votre pays pour travailler dans un autre pays suppose-t-il que vous soyez accompagné(e) de vos proches ? Si oui, comment envisagez-vous l'installation de vos proches ?
- Q3 : De quels soutiens ou conseils disposez-vous dans le cadre de votre projet de quitter votre pays pour travailler dans un autre pays ?

Conclusion : Ce temps d'échange touche à sa fin. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

2 Grille de codage vierge

Item	Catégorie de code	Sous-catégorie de code	
1. Parcours académique et professionnel	1.1 Formations	1.1.1 Intitulé des formations initiales	
		1.1.2 Intitulé des spécialisations éventuelles	
		1.1.3 Durée des formations	
		1.1.4 Nationalité du diplôme	
		1.1.5 Organisme de formation	
		1.1.6 Souhait de formation en France	
		1.1.7 Réalisation de démarches pour suivre une formation en France	
	1.2 Expériences professionnelles	1.2.1 Fonctions exercées	
		1.2.2 Établissement/structure d'exercice	
		1.2.3 Durée des expériences	
		1.2.4 Exemples de responsabilités assurées	
		1.2.5 Exemples d'actes réalisés	
		1.2.6 Expériences en France ou dans un autre pays	
		2. Projet de mobilité internationale	2.1 Pays d'accueil
2.1.2 Projet de mobilité dans d'autres pays européens			
2.1.3 Projet de mobilité dans d'autres pays hors Europe			
2.2 Motivations du projet de mobilité vers la France	2.2.1 Motivations financières		
	2.2.2 Insécurité politique et/ou économique		
	2.2.3 Volonté d'apprendre		
	2.2.4 Conditions de travail		
	2.2.5 Proximité linguistique		
	2.2.6 Connaissance de projets similaires réussis		
	2.2.7 Connaissance de personnes résidant dans le pays		
	2.2.8 Opportunités de carrière en France		
	2.2.9 Opportunités de carrière dans le pays d'origine		
	2.2.9 Autres motivations		
2.3 Difficultés rencontrées	2.3.1 Reconnaissance des diplômes		
	2.3.2 Obtention d'une carte de séjour		
	2.3.3 Lieu d'exercice		
	2.3.4 Promesse d'embauche		
	2.3.5 Temps à consacrer		
	2.3.6 Difficultés financières		
	2.3.7 Difficultés logistiques (logement, déplacement...)		
	2.3.8 Autres difficultés		
3. Intégration professionnelle et socio-familiale	3.1 Intégration professionnelle		3.1.1 Connaissance des possibilités d'exercice en France en tant qu'infirmier à diplôme étranger
			3.1.2 Connaissance des conditions de travail en France
			3.1.3 Communication avec les membres de l'équipe de soins
		3.1.4 Connaissance des rôles dans une équipe pluri-professionnelle en France	
		3.1.5 Connaissance des missions des différents membres d'une équipe de soins	
		3.1.6 Connaissance des différentes structures de soins en France	
	3.2 Intégration socio-familiale	3.2.1 Connaissance de personnes résidant en France	
		3.2.2 Cours de langue	
		3.2.3 Soutien financier	
		3.2.4 Soutien logistique sur place	
		3.2.5 Projet de mobilité comprenant familles ou proches	

MONTAGNE

Arthur

Octobre 2024

Élève directeur d'hôpital

Promotion 2023-2024

Les professionnels de santé à diplôme étranger dans le système de soins français : entre réalités et défis

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes

Résumé :

Les dynamiques de migration des professionnels de santé témoignent que les médecins et les infirmiers sont parmi les plus mobiles en Europe et dans le monde. Si les migrations des professionnels de santé n'échappent pas à certains constats généraux tirés de l'Histoire des migrations, elles contribuent aujourd'hui au développement d'un marché international du travail de la santé où la France bénéficie d'une certaine attractivité et occupe une place singulière parmi les grandes nations d'immigration. Surtout, l'emploi de professionnels à diplôme étranger permet de répondre aux besoins en ressources humaines dans les systèmes de soins des pays d'accueil, au détriment des pays d'origine de ces personnels en santé formés à l'étranger.

Toutefois, les modalités d'intégration dans le système de soins français des professionnels de santé à diplôme étranger sont différenciées selon la profession considérée. Il en résulte une gestion française des flux migratoires à géométrie variable. Les praticiens à diplôme étranger, notamment ceux venant de pays non européens, parviennent à exercer en France, en bénéficiant de dispositifs spécifiques et temporaires. Face à un encadrement strict de la profession infirmière, et en dépit d'un mécanisme de reconnaissance des qualifications professionnelles pour les ressortissants européens, les infirmiers à diplôme extra-communautaire ne peuvent prétendre à l'exercice de leur profession en France, sans renouer avec la formation.

Pourtant, outre les obstacles juridiques et structurels auxquels les professionnels de santé à diplôme étranger doivent faire face, les établissements publics de santé peuvent apporter des réponses aux défis spécifiques de l'intégration et de la fidélisation de ces professionnels dans le système de soins, dans un contexte de pénurie généralisée en personnels de santé. C'est par ailleurs cette situation de pénurie mondialisée qui invite les décideurs à s'interroger sur les conditions d'un recrutement éthique et les contours d'une gestion internationale des ressources humaines en santé.

Mots clés :

Professionnels de santé ; praticiens à diplôme hors Union européenne ; infirmiers ; mobilité internationale ; migration professionnelle ; reconnaissance des qualifications professionnelles ; attractivité ; fidélisation ; intégration ; recrutement éthique ; marché du travail international

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.