



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**L'IMMIGRATION DES PROFESSIONNELS DE
SANTÉ EN EUROPE A TRAVERS LE CAS
FRANÇAIS : ENJEUX ET PERSPECTIVES.**

– Groupe n° 5 –

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| – Virginie AITABDELKADER | – Edouard MABOROUGH |
| – Camille DESLOGES | – Mélie MICHEL |
| – Hubert DERCHE | – Loïc MORVAN |
| – Renaud FEYDY | – Fatiha NEHAL |
| – Alain LE VIGOUROUX | – Alexis REYNES |
| | – Malika TOUAK |

Animateur/trice(s)

*Sébastien GUIGNER
Marie-Laure DELAMAIRE*

Sommaire

Remerciements.....	4
Liste des sigles utilisés	5
INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE.....	5
I. L'immigration des professionnels de santé : entre continuité et nouveauté.....	7
A. Population et motivations traditionnelles -----	7
B. Processus d'intégration européenne : vers une nouvelle immigration ?-----	12
II. Une immigration qui interroge un système hospitalier en pleine évolution.....	17
A. Un positionnement de fait des professionnels de santé dans des espaces délaissés -----	17
B. Repenser une politique d'immigration des professionnels de santé -----	21
CONCLUSION	26
Bibliographie.....	27
Liste des annexes.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Tout d'abord, nos remerciements vont aux professionnels qui ont accepté de nous accorder du temps pour nous rencontrer et répondre à nos questions. Nous remercions tout particulièrement les médecins, infirmiers et kinésithérapeutes étrangers sans qui ce travail, que nous avons souhaité inspiré des problématiques de terrain, n'aurait pas vu le jour. Leur disponibilité et leur précision dans les réponses apportées ont favorisé la compréhension de notre sujet ainsi que le cheminement de notre réflexion collective.

Ensuite, nous remercions Mme Marie-Laure DELAMAIRE et M. Sébastien GUIGNIER pour l'accompagnement de notre travail.

Enfin, nous remercions également les responsables du module interprofessionnel pour leur travail préparatoire ainsi que leur aide logistique et organisationnelle qui nous ont permis de travailler dans de bonnes conditions.

Liste des sigles utilisés

- AFS** : Attestation de Formation Spécialisée
- AFSA** : Attestation de Formation Spécialisée Approfondie
- APHP** : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
- CEE** : Communauté Economique Européenne
- CH** : Centre Hospitalier
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- CMU** : Couverture Maladie Universelle
- CSCT** : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
- DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- DIS** : Diplôme Interuniversitaire de Spécialité
- DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DREES** : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
- EPS** : Etablissement Public de Santé
- FEMS** : Fédération Européenne des Médecins Salariés
- FFI** : Faisant Fonction d'Interne
- GRH** : Gestion des Ressources Humaines
- IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat
- MIP** : Module Inter Professionnel
- MISP** : Médecin Inspecteur de Santé Publique
- NPAE** : Nouvelle Procédure d'Autorisation d'Exercice
- OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique
- PADHUE** : Praticiens A Diplôme Hors Union Européenne
- PAE** : Procédure d'Autorisation d'Exercice
- PS** : Professionnels de Santé
- SNPADHUE** : Syndicat National des Praticiens A Diplôme Hors Union Européenne
- UE** : Union Européenne

INTRODUCTION

A l'image du « plombier polonais », les reportages sur l'installation dans une petite ville française d'un médecin roumain et son déménagement quelques temps après grâce à une entreprise de recrutement ont alimenté dans les médias, le débat sur l'immigration des professionnels de santé en France¹.

Depuis les années 1990, la France ainsi que d'autres pays européens ont dû faire face à une pénurie de main d'œuvre dans le secteur de la santé. En effet, une partie des médecins étrangers exerçant actuellement en France s'est installée à cette époque en qualité de FFI (faisant fonction d'interne), au moment où était constatée une pénurie d'internes². La question de la démographie médicale française alimente toujours les débats sur l'immigration des professionnels de santé. Il est indéniable que le déficit de professionnels de santé³, constaté tant au niveau territorial (zones « sous-médicalisées ») qu'au niveau de certaines spécialités (spécialités à fortes contraintes) exerce dans certains établissements de santé des pressions sur le recrutement (médecins depuis 1990, recrutement massif d'infirmiers étrangers, notamment espagnols dès 2002). L'immigration des PS étrangers peut ainsi être perçue comme une réponse à ce déficit de main d'œuvre.

Cependant, si cette immigration peut aujourd'hui être analysée au regard d'une démographie médicale française déficitaire, les migrations de PS ne sont pas récentes. L'appréhension de ce phénomène peut être notamment réalisée au travers des prismes juridique, statistique et démographique.

Le professionnel étranger, du point de vue de la réglementation⁴, est une personne qui détient un diplôme de médecin ou d'infirmier qui n'est pas délivré par une université française. Il peut donc s'agir d'un médecin de nationalité française mais diplômé en Belgique, alors qu'un praticien de nationalité étrangère diplômé en France n'entrera pas sous cette appellation. Cette différence est importante dans la mesure où elle détermine les

¹ Cécile Prieur, « Médecins roumains à prix d'or », Le Monde, 10 février 2009

² La pénurie constatée d'internes en médecine résultait de la politique de réduction du numerus clausus au cours des années 1990 et avait incité les établissements publics de santé français à recourir à l'emploi de FFI étrangers afin de maintenir une couverture médicale suffisante. La réduction du numerus clausus s'inscrivait dans une politique de réduction de l'offre de soins, sensée se répercuter sur la demande et réduire ainsi des dépenses de santé en constante augmentation en France.

³ Rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé, 2006-2007

⁴ Voir le cadre juridique d'exercice légal de la médecine en France en annexe 3

possibilités de statut du futur professionnel. En effet, les statuts apparaissent plus ou moins discriminants selon que la personne est diplômée en France, au sein de l'UE ou hors des frontières communautaires. Le statut des praticiens prend comme point de départ l'article L.4111-1 du code de santé publique qui énonce, pour les PS médicaux, les conditions cumulatives d'exercice légal de la médecine. Au terme dudit article « *nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est titulaire d'un diplôme ou certificat mentionné à l'article L.4131-1 et s'il n'est de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de la communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, d'un pays lié par une convention d'établissement avec la France, du Maroc ou de la Tunisie* ».

Clairement, le code de santé publique distingue en premier lieu les praticiens européens des praticiens non européens. Les européens peuvent, depuis 1976, circuler librement et s'installer en France par une reconnaissance automatique des diplômes et sous réserve de satisfaction à la condition d'inscription à l'Ordre des médecins. Dans le même sens, l'accord sur l'Espace Economique Européen conclu entre les communautés européennes et l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège comporte des dispositions permettant l'exercice effectif du droit d'établissement et la reconnaissance des qualifications professionnelles exigées pour les activités médicales. Le problème de leur recrutement se pose donc davantage en termes d'intégration sociale, professionnelle et personnelle.

Plus difficile est le sort réservé aux médecins ayant obtenu leur diplôme hors de l'UE (PADHUE). Confrontés aux questions d'intégration, ces praticiens se heurtent en plus à la fois au problème de reconnaissance des diplômes et à celui de la nationalité. Elles les empêchent d'obtenir un statut équivalent à celui des français ou européens permettant d'exercer librement la médecine. Très souvent, ces professionnels de santé ont acquis une expérience dans les milieux hospitaliers français, au sein desquels beaucoup d'entre eux se sont spécialisés par les voies traditionnelles de formation (Internat à titre étranger, Attestations de formations spécialisées...). Ce cadre réglementaire conduit certains professionnels à exercer dans une précarité statutaire notamment en remplacement de médecins de nationalité française. D'autres ne peuvent occuper que des postes de faisant fonction infirmiers voire aides-soignants. Considérant le problème, la DHOS par la circulaire n° *DHOS/P2/2007/201 du 15 mai 2007* entend mettre fin à ces autorisations de recrutement en qualité d'infirmier des médecins titulaires d'un diplôme extracommunautaire par des établissements de santé publics et privés.

Dans son discours du 17 avril 2008 sur l'hôpital, le Président de la République a soulevé la problématique des médecins étrangers titulaires d'un diplôme obtenu hors Union Européenne et a affirmé vouloir que « *d'ici 2011 il leur soit permis d'accéder après validation de leurs compétences et de leur expérience au plein exercice de leur métier.* » Il est vrai que malgré les différentes mesures prises (notamment la Nouvelle Procédure d'Autorisation créée par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 dite loi CMU, remplacée par la PAE), la situation ne s'est guère améliorée.

Depuis la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, les PADHUE peuvent passer l'examen dit PAE (Procédure d'Autorisation d'Exercice) pour prouver l'équivalence de leurs compétences. Au final, cette mesure ne devrait profiter qu'à un faible pourcentage de professionnels de santé sur l'ensemble des professionnels de santé en situation irrégulière (environ 200 sur presque 3000).

En ce qui concerne les données chiffrées relatives aux professionnels de santé étrangers, elles sont nombreuses et variées. Les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins⁵ déclarent qu'au 1^{er} janvier 2007, 8431 médecins européens et extra-européens sont inscrits au tableau de l'Ordre. Ils représentent 3,5% des médecins inscrits au tableau de l'Ordre et exerçant la médecine en France. Entre 2003 et 2006, leur nombre a augmenté de 24%. Seuls 79% de ces médecins exercent leur profession en activité régulière, soit 6700.

Toutefois, l'enquête non publiée de la DHOS de juin 2007 précise que les données recensées sont approximatives. Cette enquête de la DHOS déclare que, dans les EPS, près de 50% des effectifs de médecins à diplôme non français sont FFI et près de 30% sont des praticiens attachés associés⁶. Les assistants associés représentent 12% de la population. Les praticiens étrangers sont majoritairement des hommes (68%) et 90,9% d'entre eux auraient un statut légal à l'hôpital.

Les chiffres disponibles montrent qu'en France le recrutement international de professionnels de santé ne joue pas un rôle prépondérant. En effet, 96,5% des médecins exerçant en France sont de nationalité française et diplômés en France. Ces chiffres ne tiennent pas compte des médecins étrangers diplômés hors UE exerçant en secteur hospitalier et non inscrits au tableau de l'Ordre. De même, les infirmiers de nationalité

⁵ CNOM, étude 40-1 de décembre 2007, Le Breton-Lerouillois G.

étrangère représentent 1,6% des infirmiers exerçant en France. Cependant le rôle des recrutements étrangers ne peut être négligé puisque dans le contexte de l'élargissement de l'UE, les flux migratoires en provenance de pays de l'Europe centrale et orientale, en particulier de la Roumanie, pourraient s'intensifier. Le nombre d'infirmiers à diplôme extracommunautaire exerçant en France est marginal.⁷

En ce qui concerne la répartition sur le territoire, la France compte en moyenne, par région, 296 médecins diplômés à l'étranger, contre 8476 médecins de nationalité française⁸. Un tiers d'entre eux exercent en Ile-de-France. Ils sont également très nombreux dans les régions frontalières de l'Allemagne, de la Belgique et dans une moindre mesure de l'Italie. Ces mêmes médecins étrangers représentent 8% des médecins qui sont installés dans la région PACA et le Nord-Pas-de-Calais. Ces données doivent cependant être relativisées dans la mesure où elles ne concernent que les praticiens inscrits à l'Ordre.

Compte tenu de l'étendue potentielle du sujet et de la complexité des données chiffrées comme de la réglementation, il nous est apparu intéressant d'appréhender le phénomène de l'immigration des PS par le biais des témoignages des acteurs. L'immigration reste avant tout une histoire de trajectoires humaines. Dans le monde de la santé, elle apparaît comme une réalité sociale incontournable et acquiert désormais une visibilité nouvelle.

Fort de ce constat, il nous est apparu intéressant de traiter le sujet sous un angle plus sociologique que politique, c'est-à-dire de chercher à comprendre s'il existe une évolution des facteurs de l'immigration des PS, comment les PS abordent leur immigration, comment vivent-ils leur intégration, quelle intégration recherchent-ils ? Il convient également de s'interroger sur la façon dont le système de santé, les institutionnels et la société française les intègrent comme sur la façon dont les différents acteurs réagissent à ce phénomène. Les importantes conséquences de ce phénomène, dans les domaines de la GRH, de l'éthique, du droit et de la qualité incitent aujourd'hui à une réflexion sur la politique de santé.

⁶ Voir les statuts en annexe

⁷ Cash R, Ulmann P, (2008), « Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé: le cas de la France », OECD Health Working papers, n°36, 4 p.

⁸ Bulletin de l'Ordre des Médecins, ibid.

En synthèse, il s'agit de s'interroger sur la façon dont le système réagit face aux évolutions des facteurs de l'immigration, l'intégration des PS interrogeant autant le vécu des acteurs que l'utilisation qui en est faite par le système de santé. Dans ce cadre, nous nous sommes attachés à interroger les facteurs de l'immigration et de l'intégration des professionnels de santé étrangers en France. C'est donc cette problématique, abordée à travers des témoignages que nous avons recueillis et les sources écrites dont nous disposons, qui a structuré notre travail.

Cette immigration, partagée entre motivations traditionnelles et nouvelles influences, notamment dans le cadre de l'intégration communautaire (I), interroge un système hospitalier français en pleine évolution et invite à réfléchir aux modalités de gestion d'une nouvelle politique d'immigration des professionnels de santé (II).

METHODOLOGIE

Notre travail s'appuie sur des enquêtes de terrain menées auprès de professionnels de santé et d'institutionnels⁹, et repose davantage sur la façon dont est vécue, perçue, considérée l'immigration des professionnels de santé en France. Cette approche, plus sociologique que politique, ne pouvait toutefois se départir d'analyses et d'explications globales : il s'agit en effet de resituer des trajectoires personnelles et des vécus particuliers dans un ensemble de mécanismes politiques dépassant souvent les choix individuels des acteurs.

La méthode adoptée se situe ainsi entre l'hypothético-déductive et la déductive. Le temps imparti pour la réalisation de ce travail ne permettait pas d'opter pour une pure méthode déductive, qui nécessiterait de travailler sur le long terme afin de construire des hypothèses à partir des observations sur le terrain. Nous avons donc construit un certain nombre de postulats, fondés sur la lecture des éléments de notre dossier de départ et sur nos expériences personnelles, que nous avons confrontés au terrain. Nous nous sommes ensuite attelés à une étude approfondie des textes et revues pour permettre le passage d'une « vision terrain » à une montée en généralité. Certains éléments, que nous n'avons pas

⁹ Annexe 1

relevés lors de la revue de la littérature, se sont imposés au cours de nos investigations auprès des professionnels concernés par notre sujet et ont donc orienté notre analyse.

L'étude que nous avons menée s'est appuyée sur une quarantaine d'entretiens semi-directifs¹⁰, réalisés par les membres du groupe entre le 29 avril et le 15 mai 2009 dans des régions différentes. Ces entretiens concernent à la fois des professionnels de santé étrangers exerçant en milieu hospitalier français ainsi que des acteurs institutionnels du monde de la santé (Directeurs d'hôpital, Directeurs des soins, Médecins inspecteurs de santé publique). Un entretien a également été mené avec un acteur du recrutement privé de médecins étrangers.

Notre étude portait à l'origine sur les médecins et les infirmiers intra comme extracommunautaires exerçant en milieu hospitalier¹¹, populations qui nous semblaient les plus pertinentes dans le cadre d'une analyse sur les migrations. Au fil des entretiens et de nos lectures, nous nous sommes aperçus que le phénomène concernait également, et de manière croissante, les kinésithérapeutes.

Les médecins rencontrés étaient, pour la majorité, issus d'Europe de l'Est et du Maghreb. Les infirmiers rencontrés étaient plutôt issus d'Europe de l'Ouest. Les kinésithérapeutes interrogés étaient espagnol et polonais. Deux personnes rencontrées et exerçant comme IDE sont toutefois médecins de formation dans leur pays d'origine (Guinée). Il conviendra de les distinguer dans notre analyse, dans la mesure où ces personnes ne sont pas employées conformément à leur formation initiale. Nous avons de plus rencontré une infirmière ivoirienne ayant obtenu son diplôme en France.

¹⁰ Voir en annexe la liste des entretiens réalisés.

¹¹ Le milieu hospitalier est le seul dans lequel on rencontre des PS extracommunautaires comme intracommunautaires.

I. L'immigration des professionnels de santé : entre continuité et nouveauté

Les facteurs d'immigration connus depuis le XIXème siècle touchent les PS qui, depuis des décennies et en particulier pour les personnes de la Francophonie, intègrent le système hospitalier français (A). L'intégration européenne, accompagnée de normes juridiques qui permettent les migrations au sein de l'espace européen, modifieraient-elles depuis peu le visage de l'immigration des PS (B) ?

A. Population et motivations traditionnelles

Deux éléments caractérisent cette population de PS étrangers : une communauté de langue et une communauté d'espace. C'est ainsi que la plupart des médecins extracommunautaires sont originaires de pays francophones (Algérie, Maroc, anciennes colonies françaises). Le nombre d'infirmiers diplômés d'un pays extracommunautaire, ayant immigré pour des raisons traditionnelles, est par contre marginal. Toutefois, la profession infirmière en France est parfois exercée par des PS étrangers de formation médicale (faisant fonction d'infirmier¹²).

Les facteurs traditionnels d'immigration résident d'une part dans les inégalités de répartition des richesses et d'autre part dans les différentiels en termes de régime politique.

C'est avant tout pour des raisons économiques que les PS étrangers quittent leur pays d'origine. Le Dr G, algérien, évoque des conditions difficiles : « *Le problème de ces pays là, c'est le salaire. Même réévalué, un médecin généraliste qui travaille à l'hôpital perçoit 250 euros. Quand on sait qu'il faut 150 euros pour se loger à Alger et que le prix du kilo de viande est de 8 euros, cela devenait impossible à tenir* ». Le différentiel de salaire est donc l'élément principal qui va faire qu'à un moment de sa vie, le PS étranger décide de quitter son pays afin de bénéficier de conditions de vie meilleures.

La présence de parents et/ou d'une communauté déjà importante en France facilite cette démarche. Ainsi, ce médecin urgentiste algérien explique : « *J'avais des parents et des amis ici alors cela a orienté mon choix de la France* ». Mariés pour la plupart, en

charge d'une famille, c'est le désir légitime d'offrir « *des conditions matérielles acceptables* » à l'épanouissement des leurs qui les pousse à quitter leur pays, comme le déclare cet autre urgentiste tunisien. D'autres racontent, comme ce médecin de nationalité roumaine spécialisé en médecine interne, que leurs conditions d'exercice étaient non seulement insatisfaisantes mais aussi désavantageaient le développement de leurs travaux de recherche : le Dr T. reconnaît avec tristesse : « *Je ne pouvais plus continuer à travailler comme cela. Je devais amener les étudiants à la maison, chez moi, et prendre de mon argent pour faire avancer nos recherches. Ça ne pouvait plus durer.* »

Les problèmes liés à la qualité des soins offerts aux patients et à la sécurité de l'environnement médical sont en outre des facteurs incitatifs au départ. Le Dr H. algérien, réanimateur explique ainsi : « *Quand vous venez de commencer à travailler vous supportez, vous faites avec. Vous voyez que des êtres humains meurent parce que vous n'êtes pas suffisamment équipés. Mais avec l'âge, voir une femme qui vient d'accoucher, mourir parce que vous n'avez pas les moyens techniques nécessaires vous n'en dormez plus. C'est aussi pour ça que je suis parti* ». La conscience médicale, l'investissement dans son travail sont perçus comme autant d'éléments incompatibles à long terme avec des conditions d'exercice dégradées. La médiocrité du système de santé apparaît comme un frein indépassable au niveau individuel : elle pèse moralement sur les praticiens, qui sont conscients de ne pouvoir pleinement exercer leur métier et se retrouvent ainsi face à des situations humaines dramatiques. Cela constitue une limite évidente à leur épanouissement au sein de leur pays d'origine. Le différentiel de situation professionnelle au départ ainsi que les perspectives d'évolution et de progression, décrites par tous nos interlocuteurs comme étant très réduites, apparaissent comme des moteurs dans la décision de migrer. Face à ces situations, la renommée du système de santé ainsi que le développement économique de la France sont des éléments intervenant dans la décision de départ pour des PS largement insatisfaits des conditions d'exercice dans leur pays.

D'autres raisons, plus politiques, influencent également le départ de PS vers la France. Le Dr H., algérien, explique : « *Je me sentais surveillé, presque visé... et avec ma femme, enseignante dans le supérieur, nous sommes très attachés aux valeurs de liberté et d'expression. Nous vivions très mal cette situation. En plus il y a le problème des visas pour sortir du pays. Je ne suis plus en accord avec le régime politique de mon pays, je ne me reconnais plus dans les valeurs de mon pays* ». C'est aussi le témoignage d'un médecin tunisien, « *le contexte politique était défavorable alors j'ai dû partir.* » Les relations

¹² Abrogé par la circulaire DHOS du 15 mai 2007

historiques entre certains pays de la Francophonie et la France la font encore aujourd'hui apparaître comme une terre de refuge pour ceux qui fuient le régime politique de leur pays. Nous avons par exemple rencontré des médecins guinéens qui travaillent actuellement dans les hôpitaux français sans toutefois avoir pu obtenir la reconnaissance de leurs diplômes (ces personnes exercent comme infirmiers). L'instabilité politique de leur pays les a conduits à migrer en France alors même qu'ils ne peuvent y exercer leur métier. Il est à noter que ce choix n'a pas été réalisé en connaissance de cause. Ces derniers ne disposaient pas de toutes les informations réglementaires en vigueur en France.

Le choix de migrer vers la France s'explique aussi par une certaine aura dont elle bénéficie. En effet, son rayonnement culturel et le classement de son système de santé parmi les meilleurs du monde contribuent à faire d'elle un pays attractif. Un docteur algérien explique : « *nos maîtres sont français... La France est le paradis de la médecine.* »

Le facteur linguistique apparaît également comme déterminant dans les migrations à destination de la France. La plupart des personnes interrogées disent avoir appris le français, soit dans un lycée, soit en France pendant une période universitaire. Dr H. explique en outre que « *la langue est synonyme de liberté* ». La pratique et la maîtrise de la langue française apparaissent comme un élément fondamental dans le processus d'intégration sociale et professionnelle : ce facteur est ainsi particulièrement incitatif pour les PS exerçant dans un pays francophone. Les difficultés liées à l'intégration sont d'autant plus réduites que la langue française est maîtrisée.

D'autre part, les liens entre universités tout comme les relations tissées par les PS étrangers à l'occasion d'études complémentaires en France (Attestation de Formation Spécialisée-Attestation de Formation Spécialisée Approfondie), sont autant de facteurs permettant de venir travailler en France. Par exemple, le Dr X. est revenu exercer dans un hôpital français suite à la proposition de son ancien responsable de formation universitaire.

Parallèlement aux facteurs incitant les PS étrangers à migrer vers la France, les mécanismes mis en place dans le cadre des échanges à but de formation contribuent finalement à l'insertion des médecins migrants dans le milieu hospitalier français.

En effet, si les dispositifs tels que ceux de l'AFS, de l'AFSA ou de l'Internat à titre étranger avaient été pensés dans un but de formation des PS étrangers, ceux-ci n'avaient pas vocation à favoriser l'installation en France de ces praticiens. Les formations proposées s'inscrivaient dans une logique de consolidation et d'amélioration des compétences médicales afin de renforcer des systèmes de santé étrangers. Les PS étrangers

obtenant l'AFS, l'AFSA ou l'Internat à titre étranger avaient ainsi vocation à réintégrer leur pays d'origine et à y apporter une plus-value issue de leur formation en France.

Toutefois, on observe que ce dispositif de formation est dans certains cas détourné de son objet originel. Afin d'intégrer le système hospitalier français, des PS étrangers vont chercher à se former dans des spécialités où la tension est forte comme l'anesthésie réanimation, les urgences, etc.¹³ La pénurie constatée dans ces disciplines leur permet d'espérer un recrutement en France, malgré le statut de PS extracommunautaire. Une stratégie de contournement du dispositif réglementaire de formation s'est donc installée et permet finalement à des PS extracommunautaires de s'insérer dans le système hospitalier français. Il faut tout de même relativiser la portée de ces stratégies : l'ensemble des PS extracommunautaires exerçant en France n'avait pas planifié et pensé leur installation. Le système de formation français constitue ainsi une porte d'entrée dans l'univers hospitalier français.

A contrario, certains PS peu (ou mal) informés des opportunités et conditions d'exercice en France se retrouvent « déclassés » par rapport à leur formation originelle. Ainsi des médecins ne pouvant voir leur formation initiale reconnue et ne s'étant pas inscrits dans un circuit universitaire en France, exercent finalement en tant qu'infirmiers (exemple de médecins guinéens rencontrés).

Au-delà des possibilités juridiques et administratives d'insertion dans le milieu hospitalier français, se pose la question de l'intégration effective, tant sur le plan professionnel que sur le plan social de ces PS immigrés.

De prime abord, les PS extracommunautaires interrogés affirment se sentir bien intégrés dans leur profession comme dans la société française. On relève globalement un discours positif en ce qui concerne l'intégration, notamment lorsque le terme même d'intégration est utilisé dans la question¹⁴. Toutefois, lorsque les questions se précisent, certains PS évoquent notamment des difficultés de reconnaissance de la part de leurs pairs français. Les intégrations auprès des pairs qui réussissent le mieux sont celles qui sont préparées, notamment lorsque le chef de service est à l'origine du recrutement du PS concerné (système de cooptation). De plus, pour les médecins, les difficultés d'accéder à un statut égal à celui de leurs homologues français pèsent sur le sentiment d'intégration

¹³ Confirmé par le MISF de la DRASS

¹⁴ Ce discours peut-il être interprété comme une manière de « positiver » des situations restant difficiles à vivre ? L'immigration reste toujours une forme de déracinement et nous avons parfois perçu les discours positifs de nos interlocuteurs comme un moyen de s'auto-convaincre du bien fondé et de la réussite de leur démarche.

professionnelle. Des PS rencontrés affirment ainsi : « *Je ne me sentirai intégré que le jour où je pourrai être PH, Pour moi l'intégration ne sera effective que lorsque j'aurai mon numéro d'Ordre* ».

L'accueil réservé par les patients aux PS étrangers est par contre toujours vécu comme très positif. Le statut de médecin, et l'aura qui lui est inhérente, semble dans la pratique prendre le pas sur celui d'étranger : « *Ils voient le docteur, pas la personne étrangère. On ne rencontre vraiment pas de problème de considération des patients* ». L'importance du statut, mettant au deuxième plan celui d'étranger, ne se rencontre pas chez les IDE qui, en général, se sentent moins bien considérés que les médecins. Certains de nos interlocuteurs, originaires d'Afrique subsaharienne, évoquent des cas de stigmatisation, les patients les assimilant a priori à des Aides Soignants ou des Agents de Service Hospitalier.

En termes d'intégration sociale, les PS extracommunautaires interrogés pensent, de manière générale, être plutôt bien insérés. Certains évoquent le terme de « réussite sociale », traduisant un sentiment d'intégration accomplie. Toutefois, tous évoquent l'importance du niveau de difficulté des démarches administratives : celui-ci détermine notamment le fait de se sentir « désiré » ou « suspect » au sein d'une société. Le Dr H. et le Dr T. expliquent qu'« *Il y a trop de documents à fournir et cela prend trop de jours et de mois pour être en règle. D'autres collègues dans le Nord de l'Europe ont eu leurs papiers six heures après leur arrivée* ». En effet, la lourdeur des démarches administratives françaises est vécue comme un frein à l'intégration : les difficultés rencontrées pour résider et pour pouvoir installer sa famille en France pèsent sur leur sentiment d'intégration sociale.

Au final, certains PS extracommunautaires estiment que, si le choix de migrer vers la France se présentait à nouveau, ils ne procéderaient sans doute pas de la même manière et ne choisiraient pas forcément de venir exercer en France (poids des démarches, longueur de l'intégration en termes juridiques, accueil des pairs et reconnaissance professionnelle). Toutefois, les PS extracommunautaires rencontrés affirment globalement vouloir rester en France.

Ces facteurs traditionnels d'immigration et d'intégration concernent particulièrement les PS extracommunautaires. S'ils intéressent également les PS intracommunautaires, le processus d'intégration européenne, tant par sa philosophie que par les nouveaux dispositifs normatifs qu'il introduit, semble parallèlement favoriser de nouvelles formes d'immigration dans le champ sanitaire.

B. Processus d'intégration européenne : vers une nouvelle immigration ?

La législation communautaire, garantissant la libre circulation des travailleurs, instaure par la directive 2005/36¹⁵, la reconnaissance des qualifications professionnelles entre tous les pays membres. Cette directive fixe les conditions minimales de formation permettant la reconnaissance automatique des titres de formation de certaines professions de santé (médecin, infirmier responsable des soins généraux, praticien de l'art dentaire, sage-femme, pharmacien). Ce cadre juridique permet dès lors à tout citoyen européen, disposant de ces diplômes, de s'installer librement sur l'ensemble de l'espace de l'Union. Le Livre vert relatif au personnel de santé en Europe, rédigé par la Commission des communautés européennes, rappelle : « *La libre circulation des étudiants et des travailleurs facilite la mobilité des professionnels de la santé, qui peuvent donc aller là où on a le plus besoin d'eux* »¹⁶.

L'intégration européenne crée de fait un marché des professionnels de santé. D'ailleurs, un Directeur des soins rencontré apprécie les candidatures en fonction des profils, et non de la nationalité. Sa seule mauvaise expérience fut avec des IDE polonaises avec lesquelles il y eut « *un problème de langue, de culture et de comportement* »... « *Elles sont beaucoup axées sur la technique et peu sur le relationnel....sont parties ailleurs vers des blocs opératoires et ça marche bien là bas* ».

Lors des entretiens avec les médecins, infirmiers et kinésithérapeutes¹⁷ de nationalités européennes, la question des raisons de leur installation en France fait apparaître principalement trois dimensions : les revenus et le niveau de vie, les perspectives professionnelles et la vie familiale. Seul un médecin de nationalité roumaine mentionne le prestige ou l'excellence de la médecine française. Les problématiques liées

¹⁵ Cf annexe 3

¹⁶ Livre vert relatif aux personnels de santé en Europe, Commission des Communautés Européennes, Décembre 2008.

¹⁷ 18 personnes: 8 médecins (6 de nationalité roumaine, 1 slovaque et 1 Bulgare), 8 infirmiers (3 de nationalité espagnole, 1 tchèque, 1 irlandaise, 2 portugaises et 1 slovaque), 2 kinésithérapeutes (1 de nationalité polonaise et 1 espagnole). Les médecins rencontrés sont tous originaires des pays de l'Est, récemment intégrés à L'Union européenne. Le profil des infirmiers est, en revanche, plutôt occidental.

au régime politique ne sont plus évoquées. Ces professionnels de santé quittent leur pays d'origine par opportunité professionnelle et/ou pour des raisons familiales.

Au regard de la situation du marché de l'emploi dans leur pays d'origine, certains ont préféré venir en France où les perspectives leur paraissaient plus favorables : c'est le cas des infirmières espagnoles et portugaises rencontrées. Présentes en France depuis moins de 7 mois, elles ont été recrutées via une société privée dans le but d'acquérir l'expérience nécessaire à leur projet professionnel en Espagne.¹⁸ Le marché de l'emploi infirmier saturé en Espagne les contraint à travailler en France. Cependant cette démarche est effectuée dans une perspective de retour au pays¹⁹. Elles ne semblent à priori pas nourrir le projet de s'intégrer en France. La situation des infirmières portugaises rencontrées est très proche de celle des espagnoles.

Les médecins originaires d'Europe de l'Est expliquent plus souvent leur choix par la différence de niveau de vie et les perspectives professionnelles en France, supérieures à celles offertes par leur pays d'origine. Un médecin roumain déclare avoir « *fait la balance des avantages et des inconvénients* », décidant de « *laisser tomber la recherche et l'enseignement* » et de se concentrer sur l'exercice clinique de la médecine. « *Je ne pouvais le faire dans mon pays car les conditions matérielles et techniques ne sont pas terribles, je décide alors de partir.* » Ce constat est confirmé par le Secrétaire général de l'Ordre des médecins : « *Les médecins polonais sont arrivés très vite, les premiers. En ce qui concerne les médecins roumains, ceux-ci sont encouragés à quitter leur territoire par leurs enseignants : « Je t'ai appris tout ce que j'ai pu faire sur le plan thérapeutique, mais nous n'avons pas de moyens dans les services, va en Occident pour exercer ». Ces médecins sont ainsi encouragés à mener leurs pratiques professionnelles en France, afin d'être « pointus » lors de leur retour en Pologne* ».

Si l'intégration européenne permet aux stratégies individuelles de valorisation des compétences de se mettre en place, accompagnant par là même le processus d'individualisation du rapport au travail²⁰, la question de l'intégration des professionnels de santé doit être abordée²¹.

Lors des entretiens, certains des médecins européens rencontrés (5/8) ont déclaré ne pas avoir eu de problèmes d'acceptation par leurs collègues. D'autres parlent de relations

¹⁸ L'intégration dans la fonction publique espagnole nécessite une expérience professionnelle de plusieurs années.

¹⁹ Cette démarche a été confirmée par les personnes rencontrées à la Coordination Générale des Soins de l'AP-HP.

²⁰ Les salariés ont de plus en plus tendance à devenir les « architectes proactifs de leur plan stratégique personnel et de leurs relations avec leur milieu de travail » (Bouchiki et Kimberly, 1999, p.114)

difficiles. Ainsi un médecin roumain déclare : « *Il faut faire ses preuves dans un contexte de fierté médicale française. Il existe un problème de rivalité avec les médecins français.* » Un praticien bulgare, parle même de « *xénophobie* » lors d'une de ses expériences passées. En revanche, tous les personnels non médicaux ressentent une intégration facile avec leurs collègues. La très grande majorité des professionnels intracommunautaires rencontrés pense avoir un niveau de compétences théoriques comparable à celui de leurs homologues français. Toutefois, certains soulignent la plus grande technicité de la médecine française.

En ce qui concerne le contact avec les patients, tous les professionnels les estiment très bons. Une anesthésiste bulgare pense même être appréciée de ses patients car elle utilise, du fait de sa moindre maîtrise du français, des termes moins techniques que ses collègues et qu'elle délivre ainsi des explications plus simples.

Sur le plan de l'intégration sociale, le barrage de la langue semble être un frein important. A la différence des immigrés extracommunautaires, très souvent issus de pays francophones, les autres professionnels rencontrés ne maîtrisaient pas véritablement la langue française avant leur arrivée. Bien que déclarant, pour leur très grande majorité, avoir des notions, ils ont dû ou doivent encore pour les plus récemment installés fournir des efforts importants d'apprentissage de la langue. Pour la plupart, contrairement aux professionnels de santé extracommunautaires rencontrés, les liens culturels et historiques de la France avec leur pays d'origine sont plus ténus. Ils n'ont pas pu s'appuyer sur une communauté originaire de leur pays pour s'intégrer. La proximité culturelle est sans doute plus forte pour les Roumains, notamment du fait des racines latines de leur langue. Ce discours est également tenu par les acteurs institutionnels rencontrés.

La question de l'intégration s'analyse différemment du fait de l'existence d'une vie familiale ou non²². La grande majorité des professionnels rencontrés estime que leur intégration est effective. Quand la question de leur avenir est abordée, la moitié des professionnels rencontrés exprime le désir de rester en France. Ce sont les médecins qui manifestent le plus ce souhait (6/8 dont 5 roumains). Cette volonté est à corrélérer avec la situation familiale des personnes interrogées. En effet, ce sont ceux qui vivent en couple ou en famille en France qui annoncent vouloir s'installer.

L'installation dans le pays d'accueil n'apparaît plus comme l'objectif premier des migrants communautaires : seuls 50% déclarent vouloir aujourd'hui se stabiliser en France. Ces migrations présentent des caractéristiques différentes de l'immigration traditionnelle

²¹ L'intégration s'entend comme l'acceptation par les pairs, par les patients et plus généralement par la société française

(notamment des extracommunautaires) : le caractère individuel des choix, réalisés dans un contexte de marché régi par la loi de l'offre et de la demande (motivation professionnelle dans un objectif de développement d'une compétence professionnelle réinvestissable²³), est ainsi plus affirmé.

En ce qui concerne l'aspect quantitatif, on constate que la construction communautaire a favorisé les flux migratoires des personnels de santé et notamment leur entrée dans le système français. Il en est ainsi pour les médecins et les infirmières, les autres professionnels de santé comme les dentistes, pharmaciens ou encore kinésithérapeutes ne faisant pas l'objet d'informations disponibles²⁴. Pour les médecins, le nombre de praticiens à diplôme communautaire exerçant en France est passé de 1071 en 1990 à 3078 en 2005²⁵. Il est d'ailleurs très facile de noter la croissance des effectifs étrangers exerçant en France en fonction des dates d'entrées des différents pays dans la communauté européenne : + 100% pour les espagnols entre 1990 et 1995 ou + 400 % pour les polonais entre 2000 et 2005²⁶. Il apparaît même dans certains cas des phénomènes d'anticipation. On peut citer l'exemple des professionnels roumains dont les effectifs ont triplé entre 2000 et 2005, anticipant ainsi sur l'entrée de leur pays dans la communauté et la reconnaissance de leurs diplômes. Pourtant, même si les chiffres sont éloquents (819 médecins roumains sont inscrits au tableau de l'Ordre en 2008 alors qu'ils n'étaient que 174 au 1^{er} janvier 2007²⁷), « *ils apparaissent bien inférieurs aux prévisions et risquent de se stabiliser en raison de changement de conditions d'exercice dans les pays de l'Est se voyant pillés par ceux de l'Ouest mais aussi parce que la plupart de ceux qui avaient envie de partir le sont maintenant*²⁸ ». Les dispositions réglementaires européennes ont donc effectivement favorisé les flux migratoires des personnels de santé.

A la recherche d'une qualité de vie professionnelle, les PS franchissent d'autant plus facilement le pas que leurs déplacements sont moindres. Apparaît ainsi en France un phénomène migratoire transfrontalier très important. En janvier 2006, sur les 4500 infirmières de nationalité européenne exerçant en France, la moitié est de nationalité belge

²² Trois sont mariés à un français (1 médecin et 2 infirmières). Cinq se sont installés en couple en France (4 médecins et 1 infirmière).

²³ On peut rapprocher ce phénomène à l'évolution de la reconnaissance des qualités humaines au travail : la compétence devenant un nouveau modèle de qualification, remplaçant celui propre à la logique du poste (cf. « L'évolution des modèles de GRH – De la notion de qualification à celle de compétence ».....

²⁴ Roland Cash et Philippe Ulmann : Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : Le cas de la France, OECD healthworking paper, n°36, p 9

²⁵ Op cit

²⁶ Op cit

²⁷ Médecins, n°2, novembre-décembre 2008, p 23

ou espagnole²⁹. Cette immigration transfrontalière est par ailleurs simultanée à une émigration transfrontalière : 5,4 % des infirmières de la région Lorraine travaillaient au Luxembourg en 1999³⁰. Pour autant, ce contexte facilitateur pour les professionnels ne saurait constituer une explication unique à ces migrations : elles s'inscrivent également dans les logiques classiques d'immigration³¹.

Les formes nouvelles et traditionnelles d'immigration peuvent parfois entrer en concurrence, créant ainsi des tensions entre PS communautaires et extracommunautaires. L'intégration au sein de l'Union Européenne de la Roumanie et de la Bulgarie a permis à leur ressortissants d'accéder rapidement à des postes et des statuts convoités par des professionnels extracommunautaires exerçant en France souvent depuis plus longtemps: « *Les facilités de reconnaissance de diplôme pour les membres de l'Union, sont très mal appréciées par les médecins hors Union, l'ancienneté de ces derniers s'efface en effet devant la reconnaissance automatique des diplômes obtenus au sein de l'Union (recruteur privé)* ». Deux des médecins interviewés nous interpellent quant à l'arrivée d'un professionnel communautaire : « *Vous trouvez normal qu'un Letton, alors qu'on connaît mal sa fac, arrive avec une autorisation d'exercer du jour au lendemain, même sans parler le français ? (médecin algérien)* » ou bien encore « *même en comprenant la logique politique européenne, c'est totalement absurde sur le plan médical* ». On constate donc un certain ressentiment des PS extracommunautaires à l'égard du système européen³².

Au-delà des trajectoires individuelles et des cadres réglementaires, la question de l'immigration des professionnels de santé doit être analysée au regard des besoins structurels du système de santé français.

²⁸ Projet OCDE, p 84

²⁹ Leur diplôme a été a priori obtenu dans le pays d'origine

³⁰ Synthèse générale du rapport 2005 de L'ONDPS, p 42

³¹ Cet aspect aurait pu être étudié au regard du modèle de l'adaptation internationale (cf. annexe). En effet, il apparaît clairement que les processus d'adaptation mis en œuvre par les immigrés pour s'intégrer professionnellement et socialement sont d'autant plus importants que le choix de l'expatriation a été contraint par la situation d'origine (politique, socio-économique). Il est à noter que tous les professionnels rencontrés ont intégré une structure professionnelle dans laquelle ils étaient attendus.

II. Une immigration qui interroge un système hospitalier en pleine évolution

Les motivations individuelles, communes à la plupart des professionnels de santé rencontrés (niveau de vie et perspectives professionnelles), se confrontent à la réalité des espaces qu'il leur est possible d'occuper en France. Les décisions relatives à cette immigration sont actuellement souvent prises à l'échelon local. Elles sont parfois incontournables sous peine de rupture de la continuité des soins et des prises en charge dans le secteur hospitalier. Dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins, la réalité des flux migratoires semble plaider pour la mise en place d'une véritable politique de l'immigration au niveau national et au niveau européen.

A. Un positionnement de fait des professionnels de Santé dans des espaces délaissés

Aujourd'hui, les systèmes de santé de l'Union Européenne doivent trouver un subtil équilibre, à la fois entre une demande croissante et une offre restreinte des services de santé. Pour relever ces défis de manière adéquate, les services de santé utilisant une main d'œuvre très abondante doivent être dotés d'un personnel efficace et de la plus haute qualité³³. En France, dans une dizaine d'années, 75.000 médecins, notamment ceux de la génération du baby-boom, arrêteront leur activité alors que seuls 35.000 nouveaux arrivants seront disponibles pour les remplacer. De même, le bilan fait par l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière montre que 54 % des infirmiers partiront à la retraite entre 1999 et 2015 ; correspondant à environ 100 000 départs avec un pic en 2011³⁴. Depuis 2007, les quotas en Instituts de Formation en Soins Infirmiers permettent une augmentation globale des effectifs.

Une enquête, menée en 2008 par Armelle Drexler auprès de 289 Etablissements de Santé, montre que la concurrence du privé accentue la pénurie de personnel dans les EPS³⁵. Par ailleurs, les réformes françaises et européennes sur le temps de travail ont eu un impact

³² Voir la grève des médecins extracommunautaires

³³ Livre vert relatif au personnel de Santé en Europe . Commission Européenne, décembre 2008

³⁴ Observatoire National Des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Mars 2007.

³⁵ Armelle DREXLER, op.cit., p12: « Une des raisons principales des problèmes de recrutement des Hôpitaux publics après des explications concernant la localisation géographique et le contexte propre à l'établissement ».

Entretien avec le MISP d'une DRASS: « La convergence des rémunérations entre les praticiens du secteur public et privé qui était prévue pour 2001 est reportée à 2018 et de fait prolongera les difficultés de recrutement des établissements publics ».

fort sur la gestion des ressources humaines dans les EPS et créé de nouveaux besoins en personnel.

L'ensemble de ces facteurs encourage le recrutement, par les établissements, de PS étrangers dans les espaces laissés disponibles par les professionnels français. La problématique des flux migratoires des professionnels de santé est ainsi à mettre en perspective avec des inégalités de répartition territoriale et des difficultés de recrutement dans certaines spécialités.

La répartition des professionnels de santé sur le territoire est très inégale, comme le souligne les travaux du sénateur Flageolet en 2008 et les constats du rapport Larcher repris dans le projet de loi « Hôpital Patient Santé Territoire » actuellement en discussion au Sénat. Un des axes forts de la politique du gouvernement est de réduire ces inégalités, de conjuguer proximité et sécurité et de réaffirmer le principe fondamental de l'accès aux soins pour tous. Lors de notre enquête, nous avons pu vérifier l'existence de zones de difficulté de recrutement qui ont été dans l'obligation de faire appel à des professionnels étrangers pour assurer la pérennité de leurs activités et a fortiori la continuité des soins. En Bretagne et en Normandie, certains établissements situés dans des zones rurales attirent peu les professionnels. En Ile de France, la conjugaison de deux paramètres, d'une part, l'éloignement du cœur de Paris et d'autre part, un coût élevé de la vie, expliquent le manque d'attractivité et les difficultés de recrutement.³⁶

Les projections pour 2030 montrent que les inégalités territoriales devraient se déplacer et non se réduire, avec une redensification de certaines régions (Poitou-Charentes, Franche-Comté, Basse-Normandie, Bretagne, Auvergne, Lorraine) et une diminution de la population médicale en Corse (- 35 %), en Languedoc-Roussillon (-30 %), en Ile-de-France (- 26 %), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (- 26 %) et en Midi-Pyrénées (- 22 %), comme en témoignent les cartes prévisionnelles en annexe 8.

Au total, les experts considèrent que le problème dominant aujourd'hui est plus celui d'une mauvaise répartition sur le territoire qu'un vrai problème de pénurie. Toutefois, les débats actuels au Sénat montrent la difficulté à introduire des règles coercitives de répartition chez les médecins, à la différence des infirmières et kinésithérapeutes libéraux qui ont signé dès 2008 des accords cadres.

³⁶ Selon deux directeurs de soins rencontrés lors de l'enquête .

Les fortes contraintes et la pénibilité, les coûts assurantiels qui pèsent sur certaines spécialités médicales et chirurgicales détournent les professionnels médicaux et paramédicaux de ces secteurs d'activité. Ces spécialités sont notamment la chirurgie orthopédique et pédiatrique, l'anesthésie réanimation, la réanimation médicale ainsi que la cardiologie, la pédiatrie, la psychiatrie et la gynécologie obstétrique³⁷. Les hôpitaux publics sont, de plus, particulièrement concernés par une pénurie dans les domaines de l'imagerie et des urgences. Les spécialités du personnel médical que nous avons enquêté corroborent ces observations : ils exercent majoritairement dans les spécialités en déficit, et à forte contrainte. Toutefois, les personnes interrogées déclarent être soumises aux mêmes conditions de travail, une fois leurs compétences reconnues.

L'évolution constatée du rapport au travail des PS français, recherchant un nouvel équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, renforcée par la féminisation de la profession médicale, va dans le sens d'une réduction du temps annuel de travail effectif des PS. De nouveaux espaces professionnels sont libérés, qui constituent autant d'opportunités pour des PS étrangers.

Etant dans l'obligation d'assurer la continuité de leurs missions de service public, les établissements concernés développent une politique d'accueil et d'intégration proactive à destination des professionnels de santé étrangers.

Le travail d'enquête mené sur le terrain montre que les institutions connaissant des problèmes de recrutement doivent essentiellement choisir entre deux processus de gestion de ressources humaines : l'appel soit à des intérimaires soit à des professionnels étrangers. La 1^{ère} solution est particulièrement coûteuse financièrement pour les institutions et ne peut être une solution satisfaisante et viable à terme comme le souligne le directeur des soins d'un CH d'Ile de France. Le recrutement de personnels diplômés à l'étranger représente dès lors une solution alternative que semble privilégier les managers hospitaliers. Ceci demande un contrôle de la validité des diplômes et des compétences parfois difficile à mettre en œuvre. De fait, un marché du recrutement des PS étrangers se met en place³⁸. Ce propos peut être illustré par deux exemples issus de notre enquête sur le terrain :

³⁷ Alain Millon, avril 2008, Rapport sur l'avenir de la chirurgie en France, p15
Armelle DREXLER, Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics, mémoire de l'EHESP, 2008

³⁸ Ainsi, les règles habituelles du recrutement se trouvent interrogées. Les différentes phases de recrutement qui comprennent habituellement et successivement : la définition de poste, la définition de profil, l'identification des

Un centre hospitalier d'Ile de France utilise un dispositif bien structuré pour le recrutement des infirmiers .Il a passé des accords avec une société privée basée à Madrid. Celle-ci met en relation des infirmiers espagnols et portugais avec des établissements français. La direction de l'établissement transmet ses besoins à cette structure au travers d'un cahier des charges précis. L'agence envoie alors des curriculum vitae, à partir desquels le centre hospitalier fait son choix. Les infirmiers arrivent alors en France pour un contrat de deux ans minimum, dont deux mois d'essai. L'autre exemple concerne les médecins dans un centre hospitalier en Basse Normandie. Ce CH a également fait appel à une agence spécialisée pour recruter des médecins anesthésistes et radiologues. Il a ainsi pu accueillir plusieurs postulants et procéder au recrutement, finalisé en étroite coopération avec les médecins de la Commission Médicale d'Etablissement qui s'étaient investis comme tuteurs.

La démarche des établissements faisant appel aux PS étrangers se singularise par la qualité de l'accompagnement logistique et social (mise à disposition du logement, facilité d'accès à la crèche, recrutement du conjoint), ainsi que pédagogique et tutoral (cours de français, formation complémentaire)³⁹. Les personnes interrogées ont apprécié la qualité de l'accueil, notamment les infirmières espagnoles hébergées pour un coût très modéré près de l' Hôpital ou le médecin slovaque accompagné dans sa maîtrise du français par un enseignement universitaire à titre gracieux. Enfin, ces établissements ont développé une stratégie d'intégration de ces professionnels en les impliquant dans les différents projets et la vie de l'établissement. L'ensemble de ces éléments concourt au bien être personnel et professionnel des personnels étrangers et permet leur fidélisation sur le long terme en facilitant leur intégration.⁴⁰

L'impératif de recrutement de PS étrangers dans les espaces délaissés par les nationaux répond à l'exigence de la continuité des soins. Cependant, celle-ci ne peut être dissociée de la question de la qualité et de la sécurité des soins. Ces thèmes présentent une acuité renouvelée dans une société désormais plus sensible aux risques. Cette question ne peut se circonscrire à la seule sphère locale. De ce fait, la réorganisation de l'offre de soins

sources de recrutement, la mise en place des moyens de recrutement, la campagne de recrutement, la sélection, la décision d'embauche et l'intégration connaissent quelques aménagements.

³⁹Notion de rétribution globale

⁴⁰ Dernier document GRH sur dossier Cerdin, 2005 „la GRH à la carte stratégies innovantes face aux pénuries de main d'oeuvre“ revue MIF

doit être pensée dans un cadre national et européen, et implique ainsi, une véritable réflexion sur la gestion de l'immigration des PS étrangers.

B. Repenser une politique d'immigration des professionnels de santé

La politique en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé a largement sous-estimé les besoins réels face à une population médicale vieillissante. Engager des spécialistes diplômés à l'étranger permet d'améliorer l'offre de soins, ces personnels venant combler les déficits, présents et futurs, que l'on observe dans certaines professions médicales. La prise en charge des patients est mieux encadrée et maîtrisée, grâce au renfort de cette main d'œuvre.

Toute profession de santé comprend certes des gestes techniques mais aussi un temps de dialogue avec le patient et sa famille. Comment assurer cette relation et rendre ce peu de temps effectif lorsque l'on ne partage ni la même langue ni la même culture que son interlocuteur? La langue, lien par excellence de l'échange et de la transmission, est un des garants de la sécurité du patient et de la qualité des soins⁴¹. De l'entretien avec la MISIP de la DRASS, il ressort l'intérêt que les pouvoirs publics auraient à mettre en place un examen préalable de vérification de la maîtrise de la langue française d'une manière généralisée. La qualité des services rendus dépendant de la concordance entre les aptitudes professionnelles des acteurs et les différentes situations auxquelles ils sont confrontés, il apparaît plus que nécessaire de vérifier le type de formation suivie ainsi que les compétences acquises par ces professionnels dans leurs pays d'origine.

L'ensemble des entretiens avec les institutionnels montre toute la difficulté d'une telle évaluation pour les intra-communautaires. La reconnaissance automatique des diplômes n'exonère pas les praticiens communautaires d'une inscription à l'Ordre national des médecins, lequel, malgré la directive européenne 2005/36/CE, doit faire face à divers obstacles comme la traduction des diplômes. De plus, il doit se prononcer sur des diplômes qui parfois sont falsifiés et sur certaines formations qui n'ont pas d'équivalence en France (exemple : diplôme bulgare d'anesthésie et thérapie intensive, ATI). Par ailleurs, afin d'assurer la continuité des soins,

⁴¹ L'intéressé doit par exemple comprendre l'information transmise par le personnel afin de suivre son traitement correctement ou donner son consentement éclairé en cas d'autorisation préalable nécessaire pour une éventuelle intervention.

certaines directeurs d'établissements sanitaires se voient parfois reproché de ne « *pas être assez vigilants quant à la qualité de la formation des médecins diplômés en Europe* (MISP d'une DRASS) ». La problématique est différente pour les extracommunautaires qui doivent passer la PAE avant tout exercice plein de la médecine.

La DRASS donne son avis pour les contrats de longue durée et elle est simplement consultée sur les contrats de courte durée. En pratique, « *cette consultation n'est pas systématique* (MISP d'une DRASS) » et la régulation de l'immigration des professionnels de santé reste relative. De plus, les données générales sur les migrations internationales étant rares, une proportion considérable des flux migratoires n'est pas chiffrée et entraîne un manque de visibilité pour les services déconcentrés du Ministère de la santé.

Le professionnel de santé étranger est implicitement influencé dans l'exercice de sa profession par ses origines et la formation reçue. Il doit donc tenter de dépasser ses propres références culturelles dans l'approche médicale du patient pour la réalisation de soins de meilleure qualité. Un anesthésiste russe s'est par exemple vu refusée l'autorisation d'exercer dans un CH en raison de pratiques médicales héritées de la « *médecine de guerre* (MISP d'une DRASS) ».

La qualité des soins dispensés se trouverait sans doute renforcée si les PS étrangers se sentaient davantage reconnus. Or, le statut des médecins diplômés hors UE demeure extrêmement précaire. Les statistiques du Ministère de la santé précisent que 7 000 médecins extracommunautaires exercent sans la plénitude d'exercice (non inscrits au conseil de l'Ordre) et sans bénéficier des mêmes droits que les médecins français.

En théorie, les hôpitaux français ne doivent plus recruter de médecins étrangers extracommunautaires depuis la loi du 27 juillet 1999 relative à la création de la CMU. Cependant, les difficultés rencontrées par les établissements de santé pour recruter du personnel ont souvent obligé certains directeurs à rechercher du personnel médical au-delà des frontières de l'Union. Les PADHUE sont fréquemment employés sur des postes de praticiens hospitaliers non pourvus sans en avoir le statut et jouent, d'après la MISP d'une DRASS, le rôle de « *bouche-trous* ». Dans le meilleur des cas, ils bénéficient de contrats à durée déterminée renouvelables tous les ans « *à l'infini* » mais qui ne le sont pas toujours. Ils deviennent en quelque sorte des « *intérimaires de luxe* ».

En outre, des inégalités existent au niveau de la rémunération. Dans le secteur public, la rémunération des médecins extracommunautaires, du fait de leur statut, est inférieure en moyenne de 30 à 50% à celle des praticiens français et européens aux responsabilités comparables. Face à ces différences de traitements, la HALDE (Haute Autorité de lutte contre les discriminations et

pour l'égalité), par une décision du 27 février 2006, a conforté la position du syndicat SNPADHUE (syndicat national des praticiens à diplôme hors Union Européenne)⁴².

La frustration que peut générer cet ensemble de dispositions chez les PADHUE est renforcée par la « *manière discrétionnaire* (MISP-DRASS)» avec laquelle le ministère gère le nombre de places offertes par spécialité aux concours PAE. Ainsi, par exemple, aucune place n'a été ouverte dans la spécialité Urgences au concours 2009.

Par ailleurs, ces migrations interrogent nécessairement la pertinence du numerus clausus français : celui-ci impose aux étudiants nationaux une sélection très rigoureuse alors que, parallèlement, la réglementation européenne facilite l'accès de médecins formés en UE à l'exercice de la médecine en France. Aussi assiste-t-on aujourd'hui à des stratégies de contournement par des étudiants qui, recalés au concours de première année de médecine, se dirigent vers des universités roumaines qui n'imposent pas de concours à l'entrée (Kluj, Bucarest). De plus, certains professionnels nationaux reprochent parfois aux professionnels étrangers « *de prendre le travail de la main d'œuvre locale* (Dr S.- médecin roumain) ». Ces propos sont à relativiser au sens où les professionnels de santé étrangers ont été affectés dans des espaces délaissés par les professionnels français.

A l'échelle nationale, sans réorganisation de l'offre de soins actuelle, l'immigration apparaît indispensable au bon fonctionnement de notre système de santé. Afin d'assurer sa mission d'égal accès aux soins et aux professionnels de santé qualifiés, le gouvernement devra ainsi prendre des mesures dans le domaine des politiques, de la planification et des pratiques en matière de ressources humaines à l'hôpital.

Dans cette optique, plusieurs options peuvent être prises : soit faciliter les mobilités individuelles, soit privilégier une politique nationale de maîtrise des flux. Dans le 1^{er} cas, la « *lourdeur administrative* » française étant regrettée par l'ensemble des professionnels entendus, des mesures visant à faciliter le processus de régulation de leurs papiers et statuts pourraient être mises en place : « *Il faut absolument faciliter l'intégration administrative, c'est le critère majeur, je connais des gens qui sont partis en suède, ils ont réglé leurs problèmes administratifs en six heures* » (Docteur C. médecin algérien). La seconde voie implique une politique proactive des pouvoirs publics. Il conviendra en particulier de garantir à tous les agents de santé un traitement

⁴² « C'est dans l'exploitation faite de leur absence de statut, alors même que leurs responsabilités concrètes sont identiques, que la discrimination à leur égard trouve sa source. Celle-ci s'opère en raison de l'origine, dans l'accès à l'emploi et dans l'emploi ».

juste et équitable et veiller à ce que leurs compétences soient utilisées efficacement pour mieux les fidéliser et éviter leur départ vers des pays plus attractifs : « *Vous savez, la France n'est plus la première destination de choix* (Docteur C. – médecin algérien.) » L'amélioration des politiques de ressources humaines dans le secteur sanitaire engendrerait de fait l'émergence d'une plus-value apportée par les migrants. Celle-ci doit s'appuyer sur une observation et une analyse des initiatives actuellement prises de manière non coordonnée au niveau des établissements afin d'élaborer une réelle politique d'immigration en santé.

Le recours à des filières comme dispositif de recrutement des personnels de santé (exemple de la filière des infirmiers espagnols mise en place à partir de janvier 2002) nécessite la mise en place d'un cadrage réglementaire des agences de recrutement privées afin d'assurer un système de recrutement éthique. « *J'ai appris une fois sur place, au moment de la signature du contrat, que j'étais engagée pour deux ans. Si j'avais su je n'aurais pas accepté* (IDE Espagnole)». Ces propos ont été confirmés par les autres infirmières espagnoles et une infirmière portugaise qui regrettent de devoir payer 2000 euros en cas de non respect de la durée du contrat.

Depuis quelques années, la politique mise en place est celle de l'immigration choisie qui s'inspire notamment de pratiques nord-américaines et anglo-saxonnes (Cf. annexe GRH : vers une globalisation de la GRH). La loi relative à l'immigration et l'intégration du 24 juillet 2006 consacre officiellement l'idée d'une reprise de l'immigration de travail en fonction des besoins de l'économie du pays.⁴³

En ce qui concerne les professionnels de santé européens, une politique d'immigration choisie ne peut à terme se concevoir en dehors du cadre communautaire. Si elle permet de remédier à la pénurie de main-d'œuvre de certains pays et d'élargir les perspectives professionnelles des migrants, l'immigration choisie en santé ne peut se justifier que dans la mesure où une telle démarche ne s'effectue pas au détriment de pays en développement ni des personnels. Le risque est d'aggraver des pénuries de soignants dans certains pays et de compromettre l'accès comme la qualité des soins de santé. Le départ de PS formés dans ces pays annihile en outre le retour sur investissement attendu. Concernant l'Union Européenne, le secrétaire général de la Fédération Européenne des Médecins Salariés tire la sonnette

⁴³ Elle se compose de trois principales mesures: la sélection des étudiants étrangers, la création d'un titre de séjour « compétences et talents », destiné à l'étranger susceptible de participer, du fait de ses compétences, de façon significative et durable au développement économique ou au rayonnement, notamment intellectuel, culturel et sportif de la France dans le monde ou au développement économique du pays dont il a la nationalité et d'un accès restrictif au marché de l'emploi en fonction des pénuries constatées dans certains métiers et dans certaines zones géographiques.

d'alarme : « *Cette tendance va créer rapidement de véritables déserts médicaux dans les pays d'Europe Centrale et Orientale.* » La FEMS met en exergue l'importance d'une harmonisation des règles européennes actuelles sur le temps de travail⁴⁴. Dans le cas contraire, « *c'est à l'Est de l'Europe, où les pressions et la pénurie médicale sont fortes, qu'on va travailler plus encore qu'aujourd'hui. Les médecins de l'Est seront encore plus nombreux à fuir leur pays. Et ces pays seront obligés de pomper les ressources médicales d'Asie et d'Afrique* ». Ces propos ont été confirmés par le MISP de la DRASS rencontré.

Cette pratique légalise la fuite et le détournement des cerveaux. Pour éviter de telles pratiques, d'autres politiques peuvent être envisagées⁴⁵. Toutefois, quelles que soient les mesures envisagées, les pays d'accueil doivent coopérer avec les pays d'origine afin de diminuer les problèmes liés à la migration des professionnels de santé. Dans ce contexte, l'Union Européenne doit jouer son rôle de régulateur notamment par l'harmonisation des politiques nationales de santé. Le secrétaire général de la FEMS regrette qu'il n'y ait eu jusqu'à présent qu'« *une régulation de la santé négative en Europe* ». « *Une fois de plus, la subsidiarité est utilisée comme un alibi pour cacher l'incurie de certains gouvernements et leur permettre de privatiser leur système de santé, se débarrassant d'un sujet difficile mais menaçant à terme le libre accès des citoyens européens à des soins de qualité* ». La Commission européenne en a pris acte en avançant l'idée de recourir à l'immigration économique au travers de son Livre vert. Ce dernier s'attaque à une mobilité inégale des professionnels de santé et vise à établir un minimum de régulation dans un espace sanitaire ouvert à la libre circulation des patients et des professionnels de santé.

Ce Livre vert rappelle que l'UE a fait de la formation médicale une priorité en terme de versements d'aides et que « *quelque 5,2 milliards d'euros seront investis dans les infrastructures de santé par le Fonds européen de développement régional* ». Le secrétaire général de la FEMS dénonce le détournement de financement « *par les Etats bénéficiaires. Le développement des infrastructures en subit les effets négatifs* ». Il préconise une augmentation du numerus clausus, et, à l'instar du Livre vert, la création d'un observatoire européen du personnel de santé « *qui aiderait*

⁴⁴ La mise en place des 35H et la Directive européenne 93/104 a diminué le temps de travail des professionnels de santé et a nécessité des réorganisations importantes. Elles sont à l'origine de besoins supplémentaires en professionnels de santé qui ont majoré les difficultés des établissements dans la gestion des ressources humaines. L'entretien mené le 15 mai 2009 auprès du président de la fédération européenne des médecins salariés (FEMS) montre l'importance de la législation européenne sur le temps de travail qui influence les flux migratoires. La FEMS agit pour maintenir les règles européennes actuelles sur le temps de travail. Ceci est un point capital car dans le cas contraire, dit-il « *c'est à l'est de l'Europe où les pressions et la pénurie médicale sont fortes, qu'on va travailler plus encore qu'aujourd'hui. Les médecins de l'Est seront encore plus nombreux à fuir leur pays. Et ces pays seront obligés de pomper les ressources médicales d'Asie et d'Afrique* ».

⁴⁵ Annexe9: James BUCHAN « *migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution* » in European observatory on health systems and policies, 2006, Human resources for health in Europe, p. 60

les Etats membres à planifier les effectifs et les besoins de formation ». Sur le long terme et dans une logique européenne, il faut accepter de réguler les 27 systèmes de santé et de ce fait « *revenir sur la subsidiarité* ».

CONCLUSION

L'immigration des PS étrangers en France, phénomène ancien, prend aujourd'hui un relief différent. En effet, l'intégration européenne et les difficultés structurelles de notre système de santé ne sont pas sans impact sur l'immigration des PS et renouvellent la façon dont cette question peut être abordée.

L'Europe, en ayant mis en place un espace normatif unifié, ne s'est parallèlement pas donné les moyens d'une vérification en amont de l'équivalence pratique du niveau des formations et des compétences des PS migrants. Toutefois, les différences de pratiques, liées à la culture, rendent la question de la qualité et de l'homogénéisation des prises en charge complexe bien qu'incontournable.

Les flux migratoires de PS au sein de l'espace européen questionnent les relations entre des pays aux niveaux de développement différents. Afin de ne pas aggraver les inégalités, une politique de régulation au plan communautaire apparaît comme nécessaire. Dans ce cadre il s'agira notamment de penser la Gestion des Ressources Humaines des PS à l'échelle européenne.

Cependant, la question de l'immigration des PS étrangers reste dépendante de celle, plus générale, de l'organisation de l'offre de soins. La pertinence de la mise en œuvre d'une politique d'immigration dans le secteur sanitaire ne saurait s'exonérer d'une réflexion globale sur les attentes collectives en matière de santé.

Bibliographie

RAPPORTS ET ETUDES

CASH R., ULMANN P., (2008), « Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé: le cas de la France », OECD Health Working papers, n°36.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, (2007), « Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne en France », étude 40-1 de décembre 2007.

MILON A., (2008), Rapport sur l'avenir de la chirurgie en France.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE (ONDPS), (2005), « La nécessaire prise en compte des mouvements migratoires internationaux des professionnels de santé », synthèse générale, rapport 2005, La documentation française.

OBSERVATOIRE NATIONAL DES EMPLOIS ET DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE, (2007), Rapport sur les facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans le champ sanitaire, social, médico social publics impactant les ressources humaines et les organisations.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, (2006), Rapport sur la santé dans le monde.

Rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé, 2006-2007.

OMS (Conférence ministérielle), BUCHAN J., (2008), « Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de service ? », Tallin, 25/27 juin 2008.

MEMOIRES

BARRY P. (2007), « Le recrutement international des professionnels de santé », mémoire IEP de Toulouse, 2007.

DREXLER A. (2008), Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics, mémoire de l'EHESP, 2008.

ARTICLES

CLARK D., CLARK F., STEWART J. (2006), « La mondialisation du marché du travail des personnels de santé », Revue internationale du travail, vol.145 (2006), n°1-2.

COLDEFY M. (1999), « 7500 médecins à diplôme non européens dans les hôpitaux français en 95 », Solidarité santé, études statistiques, 01-03.

DERROUCH P. (2007), « Europe de la santé : médecins sans frontières », Décisions santé, n°231, janvier 2007.

GAREL P. (2006), « Europe et mondialisation, les nouvelles mobilités », Revue hospitalière de France, n° 511, juillet-août 2006.

LE GALL J.M.(2000), « Equilibre du jugement et jugement de l'équilibre – les faits, les mots, le corps dans l'entretien de recrutement », Revue de Gestion des Ressources Humaines, n°36, juin 2000.

LEKEUX A. (2006), « Formation, compétences et qualifications vers une dynamique européenne », Soins cadres, n°59, août 2006.

PRIEUR C. (2009), « Médecins roumains à prix d'or », Le Monde, 10 février 2009.

OUVRAGES

BOLTANSKI L., THEVENOT L. (1991), « De la justification – Les économies de la grandeur », Ed. Gallimard.

PERETTI JM (2008), « Gestion des Ressources Humaines », Ed. Vuibert.

REA A., TRIPIER M. (2003), « Sociologie de l'immigration », Ed. La Découverte.

ROUSSEL P & WACHEUX F (2005), « Management des ressources humaines », Ed. De Boeck.

STRER B. & TEMINE E. (2007), « L'immigration en France au XXème siècle », Ed. Hachette Littérature.

VIET V. (2004), « L'histoire des français venus d'ailleurs de 1850 à nos jours », Ed. Perrin.

PERIODIQUES

Atlas des migrations, Le Monde- La vie, Hors série, novembre 2008.

Bulletin de l'Ordre des Médecins, février 2008.

Cahiers Français, n° 333, juillet-août 2006, « La gestion des ressources humaines », La documentation française.

Le quotidien du médecin, décembre 2008, n° 8481.

Médecins, novembre-décembre 2008, n°2, p 23.

REFERENCES JURIDIQUES

Références européennes

Directive CE n° 93/104 du 23 novembre 1993 relative à l'aménagement du temps de travail.

Directive CE n° 2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Livre vert relatif au personnel de Santé en EUROPE, Commission Européenne, décembre 2008.

Références nationales

Arrêtés du 9 mai 1995 et du 3 octobre 1997 relatifs à l'indemnisation des services de garde.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la Couverture Maladie Universelle.

Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

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 de diplômes extra communautaires.

Arrêté du 19 février 2008 portant ouverture du concours d'internat en médecine à titre étranger pour l'année universitaire 2008-2009, JORF n° 0052 du 1 mars 2008.

Accord CNAM - syndicats infirmiers du 4 septembre 2008

SITES INTERNET

Fédération Hospitalière de France, www.fhf.fr

Légifrance – le service public de l'accès au droit, www.legifrance.gouv.fr

Migrinter, www.mshs.univ-poitiers.fr/migrinter/

FILM

Toubib or not toubib, Béatrice JALBERT, 2006

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des entretiens avec les professionnels de santé

Annexe 2 : Tableau des entretiens avec les institutionnels

Annexe 3 : Le cadre juridique d'exercice légal de la médecine en France

Annexe 4 : Statut du personnel hospitalier

Annexe 5 : « L'évolution des modèles de GRH. De la notion de qualification à celle de compétence », in « La gestion des ressources humaines », Cahiers français, n° 333, p.8

Annexe 6 : Modèle de l'adaptation internationale, in « La gestion des ressources humaines », Cahiers français, n° 333, p.45

Annexe 7 : Ariel MENDEZ, « Vers une globalisation de la GRH ? »

Annexe 8 : Démographie médicale en France en 2006 et 2030

Annexe 9 : James BUCHAN « migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution » in European observatory on health systems and policies, 2006, Human resources for health in Europe, p. 60

TABLEAU DES ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

NATIONALITE	DIPLOMES	FONCTIONS ACTUELLES	STATUT ACTUEL	LIEU
<i>Entretiens Médecins</i>				
Roumaine	Docteur en Médecine	MISP	Elève MISP	EHESP (35)
Algérienne+ Française	Diplôme Algérien de Médecine Généraliste Diplôme Algérien de Médecine Interne	Médecin urgentiste	Assistant spécialisé associé	CH MONTDIDIER (80)
Algérienne+ Française	Diplôme Algérien de Médecine Généraliste Diplôme Algérien de Médecine Interne	Médecin général hospitalier	Assistant spécialisé associé	CH NOYON (60)
Roumaine	Spécialiste en médecine interne	Médecin interne	Contractuel inscrit au tableau de l'ordre	CH MORLAIX (29)
Algérienne	Diplôme Algérien d'Anesthésie Diplôme Français de pédiatrie	Anesthésiste	Médecin attaché en préparation de PAE	CH GUINGAMP (22)
Bulgare	Diplôme Bulgare d'Anesthésie	Anesthésiste	Assistant associé (contractuel)	CH GUINGAMP (22)
Tunisienne	Diplôme Tunisien	Urgentiste	PH Contractuel CAMU en cours	Département Calvados (14)
Roumaine	Diplôme Roumain de Gynécologie	Gynécologue	PH Contractuel	Département Calvados (14)
Roumaine	Diplôme Universitaire Roumain de Radiologie	radiologue	PH contractuel	Département Calvados (14)
Slovaque	Diplôme Slovaque d'Anesthésie	Anesthésiste (Recrutement en tant qu'IDE au départ)	PH contractuel	Département Calvados (14)
Syrienne	Diplôme Syrien	Urologue	PH contractuel	Département

TABLEAU DES ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

				Calvados (14)
Roumaine	Diplôme Roumain de Radiologie	Radiologue	PH contractuel	Département Calvados (14)
Roumaine	Diplôme Roumain d'Anesthésie-Réanimation	Anesthésiste	PH contractuel	Département Calvados (14)
Algérienne	Diplôme Algérien	Urgentiste	PH	Département Calvados (14)

NATIONALITE	DIPLOMES	FONCTIONS ACTUELLES	STATUT ACTUEL	LIEU DE TRAVAIL
Entretiens IDE avec diplôme de médecin				
Guinéenne	Diplôme Guinéen de Médecine	IDE	CDD de 6 mois	CH PLAISIR (78)
Guinéenne	DE Français Diplôme Guinéen de Médecine	IDE médecin stagiaire	Contractuel	CH PLAISIR (78)
Entretiens IDE				
Ivoirienne	Diplôme Français d'Infirmier	IDE	CDI après 3 CDD de 3 mois	CH PLAISIR (78)
Portugaise	Diplôme Universitaire Portugais	IDE	Stagiaire	CH PLAISIR (78)
Portugaise	Diplôme Universitaire Portugais	IDE	Stagiaire	CH PLAISIR (78)
Espagnole	Diplôme Universitaire Espagnol	IDE	Stagiaire	CH PLAISIR (78)
Espagnole	Diplôme Universitaire Espagnol	IDE	Stagiaire	CH PLAISIR (78)
Espagnole	Diplôme Universitaire Espagnol	IDE	Stagiaire	CH PLAISIR (78)
Irlandaise+Française	Ecole d'infirmière de Lausanne	IDE	Titulaire	CH PLAISIR (78)
Tchèque+Française	DE Tchèque	IDE	Titulaire	Département Calvados (14)

TABLEAU DES ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Slovaque	DE Slovaque d'Infirmière DE Français d'Infirmière	IDE	Stagiaire CDI	Département Calvados (14)
----------	--	-----	---------------	------------------------------

<i>Entretiens Kinésithérapeutes</i>				
Polonaise	Diplôme Polonais de Kinésithérapie	Kinésithérapeute	CDD	Département Calvados (14)
Espagnole	Diplôme Espagnol de Kinésithérapie	Kinésithérapeute	CDD	CH PLAISIR (78)

Annexe 3

Le cadre juridique d'exercice légal de la médecine en France

Ressortissants français et européens :

I- Le principe

Les conditions légales d'exercice de la médecine en France sont posées par l'article L.4111-1 du code de la santé publique (CSP). Cet article pose trois conditions cumulatives. Ainsi au terme de l'article L.4111-1, nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est :

- titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.4131-1 ;
- de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de la communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, d'un pays lié par une convention d'établissement avec la France, du Maroc ou de la Tunisie ;

- inscrit au tableau de l'Ordre des médecins, cette dernière condition étant notamment subordonnée à la réalisation des deux premières.

Cependant en droit, à chaque principe correspond une exception. Le principe posé par l'article L.4111-1 du CSP n'échappe pas à la règle. Et ces exceptions impactent directement l'exercice des professionnels de santé étrangers, intracommunautaires comme extracommunautaires.

II- Les exceptions au texte

A- La qualification des diplômes

En ce qui concerne les diplômes ouvrant droit à l'exercice de la médecine en France, l'article L.4131-1 du CSP fixe les diplômes, titres et certificats exigés pour les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord E.E.E. Pour être reconnu le ressortissant, professionnel de santé doit être, soit :

- titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre de médecin délivré par un de ces Etats et figurant sur la liste établie conformément aux obligations communautaires ou à celles résultant de l'accord sur l'Espace économique européen (La liste des diplômes admis dans le cadre européen figure en annexe de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 consolidée au 1^{er} janvier 2007)

Directive [93/16/CEE](#) du Conseil, du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres

prévoient la reconnaissance automatique dans chaque Etat membre des diplômes, certificats et autres titres délivrés aux ressortissants des Etats membres par les autres Etats membres et sanctionnant une formation de base, une formation de médecin spécialiste commune à tous les Etats membres ou à certains Etats membres.

Directive [2005/36/CE](#) du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

La reconnaissance automatique des titres de formation sur la base d'une coordination des conditions minimales de formation concerne les professions de médecin, d'infirmier responsable de soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, de pharmacien et d'architecte.

Aux fins de la reconnaissance, la présente directive fixe des conditions minimales de formation pour chacune de ces professions, y compris quant à la durée minimale d'études. Les titres de formations conformes à la directive qui sont délivrés par les États membres sont énumérés à l'annexe V. Ils permettent à leurs titulaires de pratiquer la profession dans tout État membre.

Transposition de la directive avec [Loi n° 2007-1774 du 17 décembre 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans les domaines économique et financier](#)

- titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre de médecin délivré par un Etat, membre ou partie, sanctionnant une formation de médecin, acquise dans cet Etat et commencée avant le 20 décembre 1976 (attestation, délivrée par l'autorité compétente d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, confirmant que le médecin a exercé effectivement et licitement la médecine sur son territoire pendant au moins 3 années consécutives au cours des 5 années précédant la délivrance de cette attestation (article 23.1 de la directive 2005/36/CE)

- titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre de médecin délivré par un Etat membre, conformément aux obligations communautaires, s'il est accompagné d'une attestation de cet Etat certifiant qu'il sanctionne une formation conforme à ces obligations et qu'il est assimilé, par lui, aux diplômes, certificats et titres figurant sur la liste des diplômes admis (Le diplôme doit être accompagné le cas échéant d'une attestation de l'Etat membre certifiant que le bénéficiaire a rempli toutes les conditions de formation prévues par les obligations communautaires)

D'autres diplômes sont parallèlement reconnus par la France et non visés à l'article L.4131-1 du CSP. Leur prise en compte résulte des accords signés par la France avec des Etats avec lesquels elle entretient des liens particuliers. Il s'agit des diplômes délivrés en Suisse (loi n°2001-1117 du 28 novembre 2001 – décret n° 2002-946 du 25 juin 2002), par les facultés de médecine d'Abidjan et de Dakar (délivrés jusqu'à l'année universitaire 1983-1984) et par l'université Saint Joseph de Beyrouth (la direction de l'enseignement supérieur a publié la liste des personnes ayant bénéficié des mesures précitées au cours des années 1975 à 1984)

Enfin, lorsqu'un ressortissant communautaire présente un titre de médecin acquis en dehors de l'Union européenne mais reconnu, par équivalence ou homologation, dans un Etat membre, la demande de l'intéressé fait l'objet d'un examen par les services du ministère de la santé qui sont tenus de prendre en considération l'ensemble des diplômes, certificats et autres titres ainsi que l'expérience pertinente de l'intéressé, en procédant à une comparaison entre d'une part les compétences attestées par ces titres et cette expérience et d'autre part la qualification exigée par la législation nationale (Cour de justice des communautés européennes – HOCSMAN 14 septembre 2000 ; article 42 quater

et quinquies de la directive 2001/19/CE du 14 mai 2001 ; article L.4111-2, II du code de la santé publique).

B- La nationalité

S'agissant des conditions de nationalité citées par l'article L.4111-1 du CSP, il faut ajouter les conditions résultant des accords signés entre la France et certains Etats. De même, certaines situations prévues par la loi doivent également être prises en compte.

1- L'Union européenne :

Depuis 1976, les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne peuvent librement circuler et s'installer en France (loi n°76-1288 du 31 décembre 1976 transposant la directive 75-362/CEE du 16 juin 1975)

Nationalité : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, République tchèque, Royaume-Uni, Suède

Le principe de libre circulation :

- Article 18 du traité instituant la communauté européenne (TCE) pose le principe de la libre circulation des personnes : « tout citoyen de l'union a le droit de circuler et de séjourner librement sur le territoire des Etats membres ». La libre circulation concerne les citoyens de l'Union, c'est-à-dire les retraités, les étudiants, les travailleurs et les membres de leurs familles.

- Article 39 TCE : La libre circulation des travailleurs implique l'abolition de toute discrimination, fondée sur la nationalité, entre les travailleurs des États membres, en ce qui concerne l'emploi, la rémunération et les autres conditions de travail. Elle comporte le droit, sous réserve des limitations justifiées par des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique: de répondre à des emplois effectivement offerts, de se déplacer à cet effet librement sur le territoire des Etats membres, de séjourner dans un des Etats membres afin d'y exercer un emploi conformément aux dispositions législatives, réglementaires et administratives régissant l'emploi des travailleurs nationaux, de demeurer dans des conditions qui feront l'objet de règlements d'applications établis par la Commission, sur le territoire d'un Etat membre, après y avoir occupé un emploi.

- Arrêt CJCE 15 décembre 1995 « Bosman » réaffirme le principe de libre circulation des travailleurs et rappelle l'article 4 du règlement CEE n°1612/68 du Conseil, du 15 octobre 1968, relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté en vertu duquel les dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres limitant, en nombre ou en pourcentage, par entreprise, par branche d'activité, par région ou à l'échelon national, l'emploi des étrangers, ne sont pas applicables aux ressortissants des autres Etats membres.

Dans le même sens, l'accord sur l'Espace Economique Européen conclu entre les communautés européennes et l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège comporte des dispositions permettant l'exercice effectif du droit d'établissement et la reconnaissance des qualifications professionnelles exigées pour les activités médicales.

Nationalité : Islande, Liechtenstein, Norvège

2- Accords bilatéraux

- conventions d'établissement : ont pour effet de donner aux ressortissants de chacun des Etats signataires un traitement identique à celui reconnu à ses propres nationaux et réciproquement. Des conventions ont été conclues avec les Républiques de Centrafrique, du Congo (Brazzaville), du Gabon, du Mali, du Sénégal, du Tchad et du Togo. Les ressortissants de ces Etats, titulaires d'un diplôme d'Etat français de Docteur en médecine ou d'un titre mentionné à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique peuvent exercer la médecine en France

- accords de réciprocité (article L.4111-3 du code de la santé publique) Ces accords autorisent l'installation en France d'un nombre déterminé de médecins étrangers, en contrepartie d'un nombre égal de médecins français sur le territoire de l'autre partie.

L'autorisation est donnée par arrêté individuel du ministre de la santé. Seul est encore en vigueur l'accord franco-monégasque du 14 décembre 1938. Il est limité à 14 médecins.

§- Aux termes de conventions médicales frontalières comportant la réciprocité, les médecins frontaliers monégasques et suisses établis dans les communes limitrophes de la France peuvent être admis à dispenser leurs soins dans ces communes selon des conditions particulières à chacune de ces conventions.

C- L'inscription au tableau de l'ordre :

L'inscription est obligatoire pour tout médecin qui exerce sa profession en France et a pour effet de rendre licite l'exercice du médecin sur tout le territoire (article L.4112-5 du code de la santé publique).

Néanmoins par dérogation, l'article L. 4112-7 du code de la santé publique prévoit qu'un médecin peut exécuter temporairement ou occasionnellement des actes de sa profession sur le territoire français sans être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins. L'exécution de ces actes est subordonnée à une déclaration préalable au Conseil national de l'Ordre des médecins (décret n° 2007-1438 du 4 octobre 2007). Le médecin doit répondre à un certain nombre de conditions pour pouvoir réaliser cette « prestation de services » :

- il doit être ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Accord sur l'Espace économique européen et titulaire de diplômes, certificats ou autres titres obtenus dans l'un de ces Etats ;

- il doit être établi et exercer légalement la profession de médecin dans un Etat membre autre que la France ;

- il doit adresser au Conseil national de l'Ordre des médecins une déclaration, accompagnée de pièces justificatives.

En outre, le médecin prestataire doit apporter la preuve, par tous moyens, qu'il possède une connaissance suffisante de la langue française. En cas de doute, le Conseil national peut entendre l'intéressé, au besoin par l'intermédiaire du Conseil départemental.

Ressortissants extracommunautaires :

Les extracommunautaires peuvent se retrouver au sein du système hospitalier de deux manières :

Entrée en qualité d'étudiants

- **Internat à titre étranger** : (*Décret n°90-97 du 25 janvier 1990 fixant les conditions d'accès aux formations spécialisées du troisième cycle des études médicales pour les*

médecins étrangers autres que les ressortissants d'Etats appartenant aux communautés européennes ou de la Principauté d'Andorre)

Il est organisé chaque année, par discipline, un concours national d'internat en médecine à titre étranger. Ce concours est ouvert aux candidats étrangers autres que les ressortissants des Etats membres des Communautés européennes ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Principauté d'Andorre et titulaires d'un diplôme de médecin permettant d'exercer dans leur pays d'origine ou dans le pays de délivrance.

Toutefois ne sont pas autorisés à s'inscrire au concours prévu ci-dessus les titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation délivré par la France ou d'un titre équivalent délivré par un autre Etat appartenant aux Communautés européennes ou à l'Espace européen.

Au cours de l'internat, les internes recrutés au titre du présent décret reçoivent une formation à temps plein et préparent le diplôme d'études spécialisées pour lequel ils se sont inscrits au concours. Ils prennent une inscription universitaire à l'une des unités de formation et de recherche de la subdivision où ils sont affectés.

Les internes nommés en application du présent décret ne peuvent prétendre, du fait de cette nomination, à la délivrance du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

- **AFS, AFSA** : (*Arrêté du 1er Août 1991 modifié par l'arrêté du 30 décembre 1992*)

- a) L'attestation de formation spécialisée est une formation ouverte aux médecins étrangers autres que les ressortissants de la Communauté Européenne et les Andorrans, titulaires d'un diplôme permettant l'exercice de la médecine dans leur pays d'origine, et en cours de spécialisation. Les titulaires d'un DIS, d'une attestation de formation spécialisée partielle (AFSP) ou d'un DISC ne peuvent postuler une AFS.
- b) L'AFS dure au minimum 2 semestres et au maximum 4 semestres.

Entrée en qualité de praticien

Il s'agit de médecins étrangers, titulaires de diplômes obtenus hors Union européenne ou Espace économique européen, qui sont recrutés par les établissements publics de santé
Ils occupent différents statuts :

- **Praticiens hospitaliers associés** : (*Décret no 84-131 du 24 février 1984 concernant le statut des praticiens hospitaliers*)

- **attachés associés** : (*décret n°2003-769 du 1er août 2003 relatif aux praticiens attachés et praticiens attachés associés + [circulaire n° 462 du 1er octobre 2003](#)*)

- **FFI en formation**

- **ou infirmiers** : (*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 de diplômes extra communautaires*).

Ces statuts posent notamment les problèmes de précarité du statut, de manque de reconnaissance, d'inégalité de salaires...

- X -

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

Sous réserve de satisfaction des conditions, les médecins étrangers peuvent obtenir des autorisations d'exercice de la médecine. Ces autorisations sont délivrées après vérifications des connaissances et compétences des candidats. Les procédures d'autorisations se sont succédées.

- La Nouvelle Procédure d'Autorisation : (*article 60 et 61 loi n°99-641 du 27 juillet 1999CMU*). Cette réforme mit fin aux anciennes procédures d'autorisation (le certificat de synthèse clinique et thérapeutique –CSCT- et l'examen de praticien adjoint contractuel – PAC-)

La NPA a été abrogée par l'article 10 de l'Ordonnance n° 2004-637 du 1er juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre

- La Procédure d'Autorisation d'Exercice succède à la NPA

L'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 modifie la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) des praticiens à diplômes hors Union européenne en permettant de mieux prendre en compte l'expérience acquise par certains praticiens recrutés depuis plusieurs années dans les établissements de santé. Ces dispositions législatives nouvelles comprennent des dispositions pérennes, modifiant le code de la santé publique (art. L. 4111-2 et L. 4221-12), et des dispositions transitoires applicables jusqu'au 31 décembre 2011 s'adressant à des praticiens remplissant certaines conditions de durée d'exercice sur le territoire national.

Peuvent s'inscrire à la procédure PAE :

* pour les candidats n'ayant jamais travaillé en France → concours

* pour les candidats ayant exercé en France → examen. Les conditions de passage de l'examen sont :

- justifier d'un diplôme, certificat ou autre titre extracommunautaire permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre ;

- justifier d'un recrutement dans un établissement de santé avant le 10 juin 2004 et sous certaines conditions :

- avoir eu des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004 dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier ;

ET

- justifier de fonctions rémunérées pendant une période continue de 2 mois entre le 22/12/2004 et le 22/12/2006.

- les candidats qui, outre la condition de diplôme, se sont vus reconnaître le statut de réfugié, apatride, bénéficiaire de l'asile territorial, bénéficiaire de la protection subsidiaire et les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises

Les autorisation d'exercice

Par dérogation, des médecins, français ou ressortissants communautaires ou étrangers qui ne satisfont à l'une ou l'autre, voire aux deux premières conditions posées à l'article L.41111 du code de la santé publique peuvent être autorisés à exercer la médecine par arrêté individuel du ministre de la santé.

A- Les autorisations de plein exercice :

Conformément aux dispositions de l'article L. 4111-2, I du code de la santé publique, le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués du Conseil national de l'Ordre et des organisations syndicales nationales de la profession, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer, dans une discipline ou spécialité :

- des médecins titulaires d'un diplôme permettant l'exercice de la profession de médecin dans le pays d'obtention de ce diplôme et qui ont satisfait à des épreuves anonymes de vérification de maîtrise de la langue française et des connaissances organisées par discipline ou spécialité ;

Les médecins qui ont réussi les épreuves doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la commission.

- des médecins étrangers, titulaires d'un diplôme européen (article L. 4111-2, I bis du code de la santé publique) ;

B- Les autorisations temporaires d'exercice

Délivrées par le ministre de la santé,

- en application de l'article L. 4131-4 du code de la santé publique aux médecins recrutés en vue d'exercer des fonctions d'enseignement et de recherche ou autorisés à compléter leur formation en France (autorisation respectivement délivrée pour une période maximale de 5 ans (article 5 du décret n°91-966 du 20 septembre 1991) et 3 ans (article 4 du décret n°98-310 du 20 avril 1998). Ces médecins ne peuvent exercer que dans un centre hospitalier universitaire ou un établissement de santé ayant passé convention avec un CHU.

- Ou en application de l'article L.4111-4 du code de la santé publique : aux médecins attachés à un établissement hospitalier établi sur le territoire français par un organisme étranger et reconnu d'utilité publique avant le 10 juin 1949. Cette mesure ne concerne plus que l'hôpital Américain de Neuilly sur Seine.

Ils ne peuvent exercer en dehors de l'établissement hospitalier où ils sont affectés

Les statuts du personnel médical hospitalier

Nadia Kica
Bureau des affaires
médicales, Centre
hospitalier de Belfort-
Montbéliard

Divers textes (ordonnances, lois et décrets) réglementent l'exercice du personnel médical hospitalier. Tout en ne souhaitant pas faire un historique, nous ne pouvons nous dispenser de citer des textes qui ont eu une incidence certaine sur l'évolution des fonctions du corps médical à l'hôpital. On notera tout d'abord l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Ce texte, dans

son article 5, définit précisément les modalités d'exercice des membres du personnel médical exerçant dans les CHU.

Par la suite, la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a défini de nouveaux statuts du personnel médical hospitalier. Le but était notamment d'harmoniser la situation juridique de l'ensemble du personnel médical hospitalier.

À partir de 1984 une série de nouvelles réformes apparaît ayant pour corollaire une fonctionnarisation de la situation juridique du personnel médical hospitalier. Cependant, les médecins hospitaliers ne sont pas

des fonctionnaires mais des agents publics sous statuts. Ils ont des droits et des obligations de service public (continuité de service public).

Ils bénéficient de statuts proches de ceux des fonctionnaires, qui pourtant doivent rester conciliables avec le respect de leurs obligations professionnelles et de leur déontologie (seuls les personnels hospitalo-universitaires sont des fonctionnaires d'État par leur fonction d'enseignement).

On note l'absence de toute hiérarchie des grades et une carrière linéaire où l'avancement s'acquiert par échelon dans un grade unique.

Nous n'aborderons pas le rôle du corps médical au sein des établissements, dans le cadre de leur représentativité dans diverses instances.

Il existe différentes catégories de médecins hospitaliers dont les statuts sont multiples. Les encadrés des pages suivantes présentent de manière synthétique les statuts (modalités de recrutement, d'avancement, d'exercice, de rémunération et certaines dispositions particulières) des corps des :

- professeurs des universités-praticiens hospitaliers et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (p. 33-34*) ;
- praticiens hospitaliers à temps plein (p. 34-35) ;
- praticiens hospitaliers à temps partiel (p. 35-36) ;
- praticiens contractuels (p. 36-37) ;
- assistants des hôpitaux (p. 37-38) ;
- attachés des établissements d'hospitalisation publics (p. 38-39).

Nous étudierons également les modalités d'exercice d'une activité libérale pour les praticiens hospitaliers à temps plein (p. 39).

* rédigé par Christophe Segouin.

tableau 1

Déroulement de carrière et émoluments des praticiens hospitaliers		
	Durée dans l'échelon (en années) ¹	Montant brut annuel des émoluments forfaitaires ²
13 ^e échelon		534 941
12 ^e échelon	4	512 264
11 ^e échelon	2	450 590
10 ^e échelon	2	432 590
9 ^e échelon	2	402 590
8 ^e échelon	2	388 590
7 ^e échelon	2	376 590
6 ^e échelon	2	351 590
5 ^e échelon	2	328 590
4 ^e échelon	2	314 590
3 ^e échelon	2	306 590
2 ^e échelon	1	299 590
1 ^{er} échelon	1	294 590

1. Décret n° 2000-503 du 8 juin 2000.
2. Au 1^{er} novembre 2000.

Les personnels enseignants et hospitaliers des CHU

Christophe Segouin
Médecin, chef du service de la Formation continue des Médecins, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
Remerciements à Françoise Gury, service du personnel médical, département des projets médicaux, direction de la Politique médicale, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Les personnels enseignants et hospitaliers exercent dans les 27 CHU français (ou dans des établissements publics ou privés ayant passé une convention hospitalo-universitaire). Ils assurent la triple fonction de soins, d'enseignement et de recherche.

Les personnels enseignants et hospitaliers se répartissent en trois catégories :

- les personnels titulaires groupés en deux corps : celui des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des uni-

versités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) dans les disciplines biologiques et mixtes.

- les personnels temporaires qui sont les praticiens hospitaliers universitaires (PHU) (Praticiens hospitaliers détachés dans le corps des PHU pour une période n'excédant pas huit ans y compris les années de clinicat).

- les personnels non titulaires qui comprennent les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU) dans les disciplines biologiques ou mixtes. Ils sont nommés pour une période de deux ans avec la possibilité de deux renouvellements d'une année chacun.



Les médecins aujourd'hui en France

Leur double appartenance, hospitalière et universitaire, est une caractéristique commune qui a des conséquences sur leur statut, leur rémunération et leur protection sociale.

Recrutement

Il s'effectue sur des emplois déclarés vacants, soit par voie de mutation pour les personnels titulaires ayant trois ans de fonctions effectives dans le même établissement, soit par voie de concours nationaux pour les emplois restés vacants à l'issue du tour de mutation. Des non-médecins, réunissant certaines conditions professionnelles et universitaires peuvent être candidats. Nommés, ils ne pourront exercer que des fonctions hospitalières ne nécessitant pas d'actes médicaux (dans certaines disciplines biologiques ou mixtes).

Nomination

MCU-PH : nomination par arrêté conjoint des ministres chargés des universités et de la santé, après avis du conseil de l'UFR et de la CME. Ils sont stagiaires pendant un an avant d'être titularisés.

PU-PH : nomination et titularisation par décret du président de la République après avis du conseil de l'UFR et de la CME.

Avancement

Sur le plan universitaire :

Les deux corps comportent chacun une deuxième classe et une première classe composées chacune de trois à six échelons. Le corps des PU-PH comporte une classe exceptionnelle quand celui des MCU-PH comporte un hors classe.

Sur le plan hospitalier :

Les PU-PH et les MCU-PH sont recrutés au 1^{er} échelon sans reprise d'ancienneté. La grille des PU-PH comporte 5 échelons (12 ans), celle des MCU-PH, 10 échelons (24,5 ans).

Rémunération

Fonctionnaires de l'État, ils perçoivent une rémunération universitaire et des émoluments hospitaliers versés par l'hôpital (et non un salaire) dont le montant est proche de la rémunération universitaire. Ces émoluments n'étant pas soumis à retenue pour pension, leur retraite n'est calculée que sur la partie universitaire.

Exercice de fonctions

Ils « assurent des fonctions d'enseignement pour la formation initiale et continue, des fonctions de recherche et des fonctions hospitalières [...] ». « Ils participent aux tâches de gestion que peuvent impliquer ces fonctions [...] ». « Ils [y] consacrent [...] la totalité de leur activité professionnelle [...] ». Une activité libérale au sein de l'établissement est possible, limitée à une ou deux demi-journées selon qu'il y a ou non utilisation de lits. Une ou deux demi-journées peuvent être consacrées à des tâches d'intérêt général en soins, enseignement ou recherche (notion soumise à l'appréciation du directeur de l'établissement hospitalier). Ils ne peuvent cumuler l'activité libérale et l'activité d'intérêt général au-delà de deux demi-journées.

Positions statutaires

Ils peuvent être :

- en mission (rémunération conservée) : mission temporaire (maximum trois mois par période de deux ans), délégation pour mission d'étude ou enseignement sans émoluments hospitaliers (deux ans au plus non renouvelable avant trois ans) ;
- en détachement (sans rémunération hospitalière ni universitaire) : dans différentes structures publiques ou d'intérêt général, pour une durée variable ;
- mis à disposition, mis en disponibilité.

Garanties disciplinaires et insuffisance professionnelle

Les sanctions disciplinaires applicables sont, par ordre croissant de gravité : l'avertissement, le blâme, la réduction d'ancienneté d'échelon, l'abaissement d'échelon, la suspension avec privation totale ou partielle de la rémunération, la mise à la retraite d'office et la révocation avec ou sans suspension des droits à pension.

Cessation de fonction

En dehors des situations de licenciement, révocation ou démission, la cessation définitive d'activité a lieu au départ à la retraite fixé à 65 ans. Des reculs de limite d'âge peuvent être accordés en fonction du nombre d'enfants élevés ou encore à charge. Seuls les PU-PH qui ont demandé à bénéficier du surmembre universitaire peuvent solliciter le maintien de leur activité hospitalière en qualité de consultant des hôpitaux. Ils sont nommés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration de l'établissement hospitalier pour une durée d'une année éventuellement renouvelable deux fois un an. Les consultants des hôpitaux conservent leur statut de PU-PH, mais ne peuvent être chefs de service.

Textes de référence concernant les titulaires (MCUPH et PUPH)

Décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU, modifié.

Décret n° 84-431 du 6 juin 1984 relatif au statut des enseignants chercheurs de l'enseignement supérieur.

Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions de fonctionnaires de l'État et à certaines modalités de cessation de fonctions.

Les praticiens hospitaliers à plein temps

Les praticiens hospitaliers assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier et participent aux actions définies dans le Code de la santé publique. Sous réserve de leur accord, ils peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs établissements, notamment

pour favoriser le développement de la mise en réseau des établissements et les actions de coopération.

Recrutement

Il s'effectue sur des postes déclarés vacants par le ministre de la Santé et publiés au JO. Peuvent faire acte de candidature :

- les praticiens hospitaliers candidats à la mutation ;

- les praticiens des hôpitaux à temps partiel, sous certaines conditions ;
- les PH ou les praticiens des hôpitaux à temps partiel qui sollicitent leur réintégration à l'issue d'un détachement, d'une disponibilité ou à l'expiration d'un congé longue maladie ou de longue durée ;
- les personnels enseignants et hospitaliers titulaires qui sollicitent une intégration dans le corps des PH ;

- les candidats inscrits sur une liste d'aptitude en cours de validité après réussite au concours national ;
- par dérogation, les praticiens des hôpitaux à temps partiel dont le poste a été transformé en poste à temps plein, sous certaines conditions ;
- par dérogation, les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes de nationalité étrangère sous certaines conditions et inscrits sur une liste d'aptitude en cours de validité.

Nomination

Elle est prononcée par le ministre chargé de la Santé après avis de la commission nationale statutaire et des avis motivés de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration.

Les candidats, recrutés au titre des épreuves de type II du concours national des praticiens hospitaliers, sont nommés pour une période probatoire d'un an. À l'issue de cette période, les praticiens sont, après avis de la commission régionale statutaire (le cas échéant par la commission nationale statutaire), soit nommés à titre permanent, soit admis à prolonger leur période probatoire pour une durée d'un an, soit licenciés pour inaptitude à l'exercice des fonctions en cause par le ministre de la Santé.

Avancement

La carrière des praticiens hospitaliers comprend treize échelons dont l'avancement est prononcé par le préfet.

Rémunération

Les praticiens perçoivent après service fait des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés et des indemnités pour gardes et astreintes assurées en plus du service normal et n'ayant pas donné lieu à récupération.

Ils peuvent en outre, percevoir des indemnités diverses.

Exercice de fonctions

Le service normal hebdomadaire est fixé à dix demi-journées.

Le praticien bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue d'une garde (conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la Santé et du Budget, en cours de rédaction).

Les praticiens ont la responsabilité de la permanence médicale des soins et ils doivent notamment :

- assurer les services quotidiens du matin et de l'après-midi ;
- participer aux différents services de gardes et astreintes.

Ils doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. La formation continue est organisée par la commission médicale d'établissement.

Dispositions diverses

Les praticiens hospitaliers peuvent :

- être mis à disposition d'une administration de l'État, d'un établissement public de l'État ou d'un groupement d'intérêt public sous réserve de leur accord ;
- être placés en position de détachement soit sur leur demande, soit d'office ;
- être mis en disponibilité soit d'office, soit sur leur demande,
- bénéficier de la prime de service public exclusif ;
- bénéficier de la prime multi-établissements ;
- exercer une activité d'intérêt général ;
- exercer une activité libérale ;
- associer une demi-journée d'intérêt général et une demi-journée d'activité libérale ;
- bénéficier d'une cessation progressive d'exercice.

Garanties disciplinaires & insuffisance professionnelle

Les sanctions disciplinaires applicables sont l'avertissement, le blâme, la réduction d'ancienneté de service entraînant une réduction des émoluments, la suspension pour durée maximale de six mois avec suppression totale ou partielle des émoluments, la mutation d'office, la révocation.

L'insuffisance professionnelle consiste en une incapacité dûment constatée à accomplir les travaux ou à assumer les responsabilités relevant normalement des fonctions de praticien hospitalier. Elle résulte de l'inaptitude à l'exercice des fonctions du fait de l'état physique, psychique ou des capacités intellectuelles du praticien.

Elle a pour effet soit la modification de la nature des fonctions du praticien, soit d'une mesure de licenciement avec indemnité. Elle est distincte des fautes à caractère disciplinaire.

Cessation de fonctions

La limite d'âge des praticiens est fixée à soixante-cinq ans. Par dérogation, elle est de soixante-huit ans pour les praticiens hospitaliers précédemment phthisiologues et psychiâtres anciens médecins des hôpitaux psychiatriques.

Textes de base

Décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des PH, modifié par les décrets 88-665 du 6 mai 1988, 89-698 du 20 septembre 1989, 92-1169 du 26 octobre 1992, 95-241 du 28 février 1995, 95-555 du 6 mai 1995, 97-623 du 31 mai 1997, 97-1175 du 23 décembre 1997, 99-563 du 6 juillet 1999 et 99-693 du 3 août 1999, 2000-503 du 8 juin 2000.

Décret n° 99-517 du 25 juin 1999 organisant le concours national de praticien des établissements publics de santé et arrêté du 28 juin 1999.

Les praticiens hospitaliers à temps partiel

Les praticiens hospitaliers assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier et participent aux actions définies dans le Code de la santé publique. Sous réserve de leur accord, ils peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs établissements de la même façon que les PH à temps plein.

Recrutement

Il s'effectue sur des postes déclarés vacants par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et publiés au Journal Officiel.

Peuvent faire acte de candidature :

- les praticiens des hôpitaux, sous réserve de compter au moins trois ans de fonction dans un même service (sauf dérogation du préfet de région) ;
- les praticiens des hôpitaux à temps plein, sous certaines conditions ;

● les PH ou les praticiens des hôpitaux à temps partiel qui sollicitent leur réintégration à l'issue d'un détachement, d'une disponibilité ou à l'expiration d'un congé longue maladie ou de longue durée ;

● les personnels enseignants et hospitaliers titulaires sous réserve de compter au moins trois ans de service en cette qualité ;

● les candidats inscrits sur une liste d'aptitude en cours de validité après réussite au concours national.



Les médecins aujourd'hui en France

Nomination

Elle est prononcée par le préfet de région après avis de la commission paritaire régionale et des avis motivés de la CME et du conseil d'administration.

Avancement

La carrière des praticiens hospitaliers comprend treize échelons dont l'avancement est prononcé par le préfet.

Rémunération

Les praticiens perçoivent après service fait, des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés et du nombre de demi-journées d'activité à l'hôpital et des indemnités pour gardes et astreintes assurées en plus du service normal et n'ayant pas donné lieu à récupération.

Ils peuvent en outre, percevoir des indemnités diverses.

Exercice de fonctions

Le service normal hebdomadaire est fixé à six demi-journées. Il peut être ramené à cinq ou quatre demi-journées dans certaines disciplines ou spécialités dont la liste est fixée par

arrêté du ministre chargé de la Santé. Le praticien bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue d'une garde (conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la Santé et du Budget, en cours de rédaction).

Les praticiens ont la responsabilité de la permanence médicale des soins et ils doivent notamment :

- participer à l'ensemble de l'activité du service ou du département ;
- participer aux différents services de gardes et astreintes.

Les praticiens doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. La formation continue est organisée par la commission médicale d'établissement.

Dispositions diverses

Les praticiens hospitaliers peuvent :

- être mis à disposition d'une administration de l'État, d'un établissement public de l'État ou d'un groupement d'intérêt public sous réserve de leur accord ;
- être placés en position de détachement soit sur leur demande, soit d'office,
- être mis en disponibilité soit d'office, soit sur leur demande,

- exercer une activité rémunérée en dehors de leurs obligations statutaires.

Garanties disciplinaires & insuffisance professionnelle

Les sanctions disciplinaires applicables sont les mêmes que pour les praticiens hospitaliers à temps plein.

Cessation de fonctions

La limite d'âge des praticiens est fixée à soixante-cinq ans. Il peut être mis fin aux fonctions d'un praticien des hôpitaux à l'issue de chaque période quinquennale d'activité dans les conditions déterminées par le Code de la santé publique.

Textes de base

Décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics, modifié par les décrets 93-111 du 21 janvier 1993, 95-242 du 28 février 1995, 96-641 du 15 juillet 1996, 97-624 du 31 mai 1997, 99-564 du 6 juillet 1999, 2000-504 du 8 juin 2000.

Les praticiens hospitaliers contractuels

Les hôpitaux publics ont la possibilité, pour diverses raisons (motivées), de recruter des praticiens contractuels.

Les praticiens contractuels, lorsqu'ils exercent à plein temps, s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement employeur. Ils ne peuvent exercer d'activité libérale, ni être autorisés à effectuer des expertises ou des consultations (au sens de l'art. 28 du D. n° 84-131 et de l'art. 6 du D. n° 84-135 du 24 février 1984). À temps partiel, ils peuvent, sous réserve d'en informer le directeur de l'établissement, exercer une activité rémunérée en dehors du service effectué dans l'établissement public de santé employeur.

Les praticiens contractuels participent au service de gardes et astreintes et doivent satisfaire à l'obligation de

formation médicale, entretenir et perfectionner leurs connaissances.

Conditions et procédures de recrutement

Les établissements qui souhaitent procéder au recrutement d'un praticien contractuel, doivent s'assurer que l'intéressé :

- a l'autorisation d'exercer la profession de médecin ou de pharmacien en France ;
- est inscrit au tableau de l'Ordre, notamment dans la spécialité dont il relève et pour laquelle il postule ;
- justifie des conditions d'aptitudes physiques et mentales nécessaires à l'exercice des fonctions hospitalières concernées (certificat délivré par un médecin agréé) ;
- n'a fait l'objet ni d'une privation de ses droits civiques ni d'une interdiction d'exercice de la profession ;
- est en position régulière vis-à-vis du service national ;
- est en situation régulière quant à la réglementation relative aux conditions de séjour

et de travail pour les étrangers (médecins étrangers autres que les ressortissants CEE) ;

- est âgé de moins de 62 ans.

Les praticiens contractuels sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé après :

- l'avis du chef de service ou de département concerné ;
- l'avis de la commission médicale d'établissement ;
- l'avis de la Drass (1 mois, conformité au plan d'établissement) ;
- le praticien contractuel transmet le contrat au conseil de l'ordre dont il relève ;
- pour les contrats d'une durée inférieure ou égale à trois mois, l'avis des seuls médecin chef de service et président de la CME.

Le contrat est écrit et comporte des dispositions obligatoires.

Textes de base

Décret n° 93-701 du 27 mars 1993 modifié par les décrets n° 95-651 du 9 mai 1995 et n° 97-6929 du 31 mai 1997.

Les conditions de recrutement des praticiens hospitaliers contractuels

Motifs	Durée	Rémunération
Surcroît occasionnel d'activité	6 mois par période de 12 mois	Échelon 1 à 4 majoré de 10 % des PH temps plein et temps partiel
En cas de nécessité de service, remplacement des absences ou des congés statutaires des praticiens hospitaliers temps plein ou partiel et dont le remplacement ne peut être assuré dans les conditions prévues par les statuts.	6 mois, renouvelable, dans la limite d'une durée totale d'engagement d'un an.	Échelon 1 à 4 majoré de 10 % des PH temps plein et temps partiel
En cas de nécessité de service, poste d'interne ou de résident non pourvu à l'issue de chaque procédure d'affectation.	6 mois, renouvelable, dans la limite d'une durée totale d'engagement d'un an	Rémunération des assistants spécialistes 1 ^{re} et 2 ^e année à proportion de la durée de travail. 3 ^e et 4 ^e année au même grade possible
En cas de nécessité de service, poste de praticien hospitalier temps plein ou temps partiel resté vacant à l'issue de chaque procédure statutaire de recrutement.	6 mois, renouvelable, dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans.	Échelon 1 à 4 majoré de 10 % des PH temps plein et temps partiel
Fonctions temporaires liées à des activités nouvelles hautement spécialisées	6 mois, renouvelable, dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans sous réserve d'emploi budgétaire disponible.	Échelon 1 à 4 majoré de 10 % des PH temps plein et temps partiel
Missions spécifiques temporaires ou non nécessitant une technicité et une responsabilité particulière (liste définie par arrêté du 17 janvier 1995)	3 ans ou moins, renouvelable par reconduction expresse, sous réserve d'emploi budgétaire disponible.	Sur les émoluments de PH temps plein, temps partiel dans les conditions définies par arrêté interministériel.

Remarques : Un même praticien ne peut bénéficier de recrutements successifs en qualité de contractuel au titre d'un ou plusieurs motifs ci-dessus, que pour une durée maximale d'engagement de 2 ans (sauf 6^e).

Les assistants des hôpitaux

Les assistants généralistes et spécialistes des hôpitaux exercent des fonctions de diagnostic, soins et de prévention ou assurent des actes pharmaceutiques ou biologiques sous l'autorité du praticien hospitalier exerçant les fonctions de chef de service ou de département.

Les praticiens qui ne remplissent pas les conditions définies par le Code de la santé publique peuvent être recrutés en qualité d'assistant généraliste associé ou d'assistant spécialiste associé, sous certaines conditions. Les assistants associés exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du chef du service de leur affectation ou de l'un de ses collaborateurs médecin, chirurgien, odontologiste, biologiste ou pharmacien. Ils

sont associés au service de garde et ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements. Les assistants peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs établissements, notamment pour favoriser les actions de coopération définies dans le Code de la santé publique.

Recrutement

Il s'effectue sur des postes déclarés vacants par l'établissement par voie d'affichage et par tous autres moyens.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice de fonctions hospitalières (certificat médical délivré par un médecin hospitalier).

Les assistants sont recrutés par contrat écrit passé avec le directeur de l'établissement,

sur proposition du chef de service, après avis de la CME et du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Durée du contrat

Les assistants sont recrutés pour une période initiale d'un an ou de deux ans, renouvelable par période d'un an pour une durée totale d'engagement de six ans.

Rémunération

Les assistants perçoivent après service fait, des émoluments mensuels variant selon qu'ils sont généralistes, spécialistes ou associés et variables selon l'ancienneté des intéressés et du nombre de demi-journées d'activité à l'hôpital et des indemnités pour gardes et astreintes assurées en plus du service normal et n'ayant pas donné lieu à récupération.



Les médecins aujourd'hui en France

Ils peuvent en outre, percevoir des indemnités diverses.

Exercice de fonctions

Le service normal hebdomadaire est fixé à dix demi-journées lorsque l'assistant exerce des fonctions à temps plein. Il peut être ramené à 5 ou 6 demi-journées lorsqu'il exerce à temps partiel. L'assistant bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue d'une garde (conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la Santé et du Budget en cours de rédaction).

Les assistants doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. La formation continue est organisée par la commission médicale d'établissement.

Dispositions diverses

Les assistants des hôpitaux peuvent :

- sur leur demande et sous réserve de l'avis

du chef de service, bénéficier d'un congé sans solde de 30 jours la première année pour effectuer des remplacements de praticiens exerçant soit dans des établissements d'hospitalisation publics ou privés, soit en clientèle de ville. Lors de la deuxième année, ils peuvent, sous les mêmes conditions que précédemment, bénéficier d'un congé sans rémunération de 45 jours maximum pour exercer une activité hors de leur établissement d'affectation.

- exercer une activité rémunérée en dehors de leurs obligations statutaires lorsqu'ils exercent à temps partiel.

Garanties disciplinaires & insuffisance professionnelle

Les sanctions disciplinaires applicables sont :

- l'avertissement, le blâme, la suspension pour durée maximale de six mois avec sup-

pression totale ou partielle des émoluments, le licenciement.

En cas d'insuffisance professionnelle il peut être mis fin au contrat sans indemnité, ni préavis.

Cessation de fonctions

Le contrat peut ne pas être renouvelé à l'issue d'une période d'engagement, sous réserve d'une notification signifiée avec un préavis de deux mois. En cas de démission, l'assistant doit également respecter un préavis de deux mois.

Textes de base

Décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 modifié par les décrets n° 92-988 du 10 septembre 1992, 94-377 du 10 mai 1994, 95-332 du 27 mars 1995, 97-627 du 31 mai 1997 et 2000-680 du 19 juillet 2000.

Les attachés et attachés associés des établissements d'hospitalisation publics

Les attachés exercent des fonctions hospitalières et participent à l'ensemble de l'activité du service public hospitalier. Ils sont chargés de seconder le chef du service et ses collaborateurs permanents, soit dans les divers aspects de leurs activités de diagnostic et de soins, soit dans la mise en œuvre de techniques d'examen ou de traitement non habituellement pratiqués par les membres du personnel médical.

Les praticiens qui ne remplissent pas les conditions définies par le Code de la santé publique peuvent être recrutés en qualité d'attaché associé.

Les attachés associés exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du chef du service de leur affectation ou de l'un de ses collaborateurs médecin, chirurgien, odontologiste, biologiste ou pharmacien. Ils peuvent exercer des actes médicaux ou pharmaceutiques de pratique courante. Ils sont associés au service de garde et ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

Les attachés peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs services du même établissement ou dans des établissements différents.

Recrutement

Le conseil d'administration, sur proposition du directeur de l'établissement et au vu des demandes des chefs de service, détermine annuellement, le nombre total de vacances susceptible d'être effectuées par des attachés et nécessaires au fonctionnement des services hospitaliers, ainsi que de leur répartition entre les services.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice de fonctions hospitalières (certificat médical délivré par un médecin hospitalier).

Les attachés sont nommés par le directeur de l'établissement, sur proposition du chef de service, après avis de la CME dans la limite du nombre de vacances attribué au service.

Le nombre total de vacances effectuées hebdomadairement, dans un ou plusieurs établissements ne peut être supérieur à six (huit dans les CHR), sauf dérogation accordée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Durée du contrat

Les attachés sont nommés pour une période initiale d'un an maximum. Leur nomination est renouvelable annuellement.

Rémunération

Les attachés perçoivent après service fait une rémunération mensuelle variant selon le nombre de vacations effectuées et des indemnités pour gardes et astreintes assurées en plus du service normal et n'ayant pas donné lieu à récupération.

Ils peuvent en outre, percevoir une rémunération supplémentaire pour avoir assuré le remplacement imposé par les différents congés ou absences occasionnelles des praticiens de l'établissement.

Exercice de fonctions

Les attachés doivent consacrer au service hospitalier auquel ils sont affectés le nombre de vacations hebdomadaires fixé lors de leur nomination.

Les praticiens doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. La formation continue est organisée par la commission médicale d'établissement.

Dispositions diverses

Les attachés peuvent :

- sur leur demande, après deux ans de fonction et sous réserve d'avoir effectué au moins trois vacations hebdomadaires, de l'avis du chef de service et de la CME, être prorogés dans leurs fonctions pour une

période de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

- s'ils ont bénéficié d'une prorogation de trois ans, recevoir le titre d'attaché en premier ou d'attaché consultant sous certaines conditions, notamment d'ancienneté dans la fonction.
- s'ils cessent leurs fonctions au bout de 10 ans d'activité, utiliser le titre d'ancien attaché, d'ancien attaché en premier, d'ancien attaché consultant de l'hôpital de suivi du nom de l'établissement dans lequel il a exercé, (sauf en cas de cessation d'activité pour motif disciplinaire).

Garanties disciplinaires

Les sanctions disciplinaires applicables sont l'avertissement, le blâme, l'exclusion temporaire de fonctions pour durée maximale de six mois et privative de toute rémunération, le licenciement et le licenciement avec exclusion de toute autre fonction hospitalière.

Cessation de fonctions

Il peut être mis fin aux fonctions d'un attaché, sous réserve d'une notification signifiée

avec un préavis de trois mois. En cas de démission, l'attaché doit également respecter un préavis de trois mois. Les attachés ne peuvent en aucun cas rester en fonction au-delà de l'âge de 65 ans.

Textes de base

Décret n° 81-291 du 30 mars 1981 modifié par le décret n° 97-622 du 31 mai 1997.

L'exercice d'une activité libérale à l'hôpital public

Les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein dans les hôpitaux publics ont la possibilité d'exercer une activité libérale sous réserve que l'intérêt du service public hospitalier le permette.

Les praticiens peuvent pratiquer dans le cadre de leur activité libérale des consultations, des actes et des soins en hospitalisation à condition d'effectuer personnellement et à titre principal ces mêmes activités dans le secteur public hospitalier où ils exercent.

Une commission de l'activité libérale est mise en place par arrêté préfectoral pour une durée de trois ans dans chaque établissement public de santé où des praticiens hospitaliers exercent une activité privée. Son rôle est notamment de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent l'activité libérale.

Une Commission nationale de l'activité libérale est nommée par arrêté ministériel pour une durée de trois ans et a pour mission de donner son avis au ministre chargé de la Santé sur les recours hiérarchiques formulés.

Modalités d'exercice

Les praticiens hospitaliers peuvent :

- soit pratiquer une ou deux demi-journées hebdomadaires à des consultations,
- soit utiliser des lits pour l'hospitalisation de malades qui auraient demandé à être traités personnellement par le praticien. Le patient doit formuler expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale du praticien (le nombre de lits ne peut être inférieur à 2 et supérieur à 4 pour un même praticien),
- soit associer une demi-journée hebdoma-

daire de consultations et des lits pour l'hospitalisation des malades.

Les biologistes, les radiologistes et les anesthésistes réanimateurs peuvent pratiquer des traitements, examens ou analyses :

- soit consacrer une ou deux demi-journées hebdomadaires à des malades qui auraient demandé à être traités personnellement par le praticien,
- soit consacrer une demi-journée hebdomadaire à ces patients et pratiquer des traitements, analyses ou examens pour des malades traités au titre de l'activité libérale d'un autre praticien,
- soit pratiquer exclusivement des traitements, analyses ou examens pour des malades traités au titre de l'activité libérale d'un autre praticien.

L'activité libérale ne peut excéder 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire et le praticien ne peut pas effectuer un nombre ou un volume d'actes supérieur à celui qu'il pratique dans le secteur public.

Le contrat d'activité libérale : autorisation, renouvellement, modification, suspension et retrait.

L'exercice d'une activité libérale fait l'objet d'un contrat écrit conclu entre le praticien et l'établissement public de santé pour une durée de cinq ans renouvelable.

Ce contrat comprend des dispositions réglementaires et doit être approuvé (dans un délai de deux mois) par le préfet du département après avis de la CME et du CA.

Les modifications ou les demandes de renouvellement doivent faire l'objet de la même procédure que celle du contrat initial.

L'exercice d'une activité libérale peut être sus-

pendu ou retiré à un praticien qui ne respecte pas les obligations que lui impose la réglementation en vigueur. Cette sanction est prononcée par le préfet du département après avis ou sur proposition motivés et arrêtés par la majorité des membres présents de la commission d'activité libérale de l'établissement.

Modalités financières : honoraires et redevances

Les tarifs d'honoraires pratiqués dans le cadre de l'activité libérale doivent faire l'objet d'un affichage dans la salle d'attente du praticien et sont fixés par entente directe entre le praticien et le patient.

Les praticiens perçoivent leurs honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière qui leur reverse mensuellement et qui procède trimestriellement au prélèvement de la redevance.

La redevance est calculée en pourcentage qui varie selon la nature des actes et de la catégorie des établissements. Hors centres hospitaliers régionaux, le montant de la redevance s'élève à 15 % pour les actes cotés en C, CS et CNPSY ; à 20 % pour les actes en K et KC et à 60 % pour les actes en B et Z.

Textes de base

Loi n° 87-39 du 27 janvier 1987, n° 91-748 du 31 juillet 1991 et n° 99-641 du 27 juillet 1999, décret n° 87-944 du 25 novembre 1987 modifié par les décrets n° 88-199 du 29 février 1988, n° 96-579 du 28 juin 1996

Si la suppression du secteur privé à l'hôpital avait été programmée par la loi n° 82-916 du 28 octobre 1982, la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 rétablit l'activité libérale.

L'évolution des modèles de GRH De la notion de qualification à celle de compétence

La gestion des ressources humaines
Cahiers français n° 333

L'évolution des modèles de GRH

8

Depuis le milieu des années 80, la notion de compétence s'est imposée face à celle de qualification. Bien plus qu'une mode passagère, ce terme renvoie à un changement substantiel : l'émergence d'une nouvelle logique de reconnaissance des qualités humaines au travail, différente, dans les entreprises, de celle du « poste de travail » associée au taylorisme.

Philippe Zarifian souligne que la compétence peut être considérée comme un nouveau modèle de qualification, ce dernier terme étant attaché de façon impropre à la logique du poste. S'il n'existe pas aujourd'hui de définition stable et consensuelle de la compétence, on peut néanmoins repérer les implications de ce modèle en termes de GRH. En tant que nouvelle manière de qualifier le travail, la « logique compétences » ne met pas fin au caractère hiérarchique du rapport salarial, mais s'accompagne d'un nouveau dispositif de contrôle, dont la mise en œuvre n'est pas exempte de difficultés. De façon plus large, l'émergence de ce modèle soulève la question de son introduction concrète dans les entreprises, à travers les « démarches compétence ».

C. F.

La compétence comme nouveau modèle de qualification

La qualification comme construit social

La qualification peut être abordée comme une question générique qui se pose dans tout rapport salarial et qui s'exprime dans l'interrogation suivante : comment désigner, nommer, hiérarchiser, mobiliser, reconnaître, rémunérer, développer les qualités humaines sollicitées dans la mise en œuvre du travail salarié ? À cette question, il est possible de répondre de différentes manières. Mais ces manières sont des construits sociaux, longs à établir par accord entre les diverses parties prenantes (directions d'entreprises, salariés, organisations syndicales, État éventuellement), de sorte que les modèles de qualification se révèlent, à l'expérience, rares dans leurs principes constitutifs, même s'ils se déclinent de manière très variée dans les entreprises. Ce sont des modèles sociétaux, et non pas de simples modèles d'entreprise. Depuis que le travail salarié existe, ne sont apparus et ne se sont développés en France que trois grands modèles : le modèle du métier, celui du poste de travail et celui du statut (dans la fonction publique). Considéré sous cet angle, le mot « compétence » renvoie à un nouveau modèle social, encore en émergence, qui vient soit se substituer soit entrer en tension avec l'un des trois modèles préexistants. Dans ce dernier cas, la combinaison entre l'ancien et le nouveau modèle aboutit à la formation d'un système hybride.

Mais dans le langage courant, le mot « qualification » renvoie souvent uniquement au modèle du poste de travail, dont le principe de base est de qualifier des postes, par définition et hiérarchisation, sur la base d'une analyse dite « du travail », des tâches à effectuer pour occuper ces postes. Les qualités humaines ne sont alors définies que comme celles *requises pour réaliser ces tâches prescrites* à chaque type de poste de travail. Ces qualités humaines ne sont jamais identifiées directement et en elles-mêmes, mais uniquement par l'intermédiaire des requis d'un poste ou d'un emploi. Ce modèle a acquis et possède toujours une influence considérable : c'est autour de lui que s'articulent tous les processus RH et organisationnels essentiels : le recrutement (on recrute pour occuper tel poste), l'organisation du travail, le classement des salariés et leur rémunération, la formation, la mobilité professionnelle, etc. Les individualités humaines n'y occupent aucune place. Les humains ne sont perçus, évalués et commandés qu'en fonction des caractéristiques des postes, bien que l'on admette, depuis les travaux des ergonomes et sociologues du travail, qu'il puisse exister un écart entre le « travail prescrit » et le « travail réel », du fait, soit de la résistance des salariés à l'imposition d'une manière de travailler, soit de la variabilité du travail et des individus qui impose l'existence de cet écart. Mais ce dernier s'inscrit entièrement dans le modèle.

On peut dire que s'est formé, sur une relative longue durée – depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale –, un accord entre patronat et organisations syndicales autour de ce modèle du poste de travail. C'est la raison pour laquelle on a fini par identifier, dans le vocabulaire ordinaire, la question de la qualification avec ce seul modèle, qui s'est trouvé être naturalisé, comme s'il s'agissait de la seule manière de répondre aux questions génériques que nous avons signalées.

L'émergence, depuis le milieu des années 80, de ce qu'on appelle la « logique compétences » ou le « modèle de la compétence », vient bousculer l'ordre des choses. La modification que ce nouveau modèle introduit est très simple à caractériser, mais s'avère difficile à mettre en œuvre.

Les caractéristiques de la « logique compétences »

Le pivot de la « logique compétences » consiste à qualifier directement les individus (et les réseaux d'individus) du point de vue des qualités professionnelles qu'ils ont acquises et mobilisent en situation de travail. Le mot « compétence » est utilisé pour désigner ces qualités, telles qu'elles sont directement – et non plus par l'intermédiaire d'un métier, d'un poste de travail ou d'un grade – associées à des sujets salariés agissant dans les situations de travail. C'est le mot « directement » qui est essentiel : les médiations antérieures deviennent inutiles. Et si nous disons « sujets agissants », plutôt qu'« individus réalisant un travail déterminé », c'est pour une triple raison :

- ces compétences doivent être mobilisées, activées, par l'individu lui-même, qui, à ce titre, devient le sujet de ce qu'il entreprend (Clot, 1999) ;

- ce sujet « agit » en fonction des situations prises en charge et des objectifs assignés à cette prise en charge. Ce qu'on appelle « travail » n'est pas autre chose que l'ensemble de ces actions. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé de dire que « le travail fait retour dans le travailleur », ou, pour être plus rigoureux et éviter toute assimilation à un retour à l'artisanat, que « le travail devient l'activité de sujets agissants » ;

- enfin, comme il est rare qu'un sujet salarié agisse seul, il faut prendre en compte l'association d'un réseau de sujets qui développeront alors ce que l'on désignera sous le nom de « compétence collective ».

Parler de « sujets », plutôt que de « travailleurs » ou d'« opérateurs », comme il était de coutume de le faire dans le modèle du poste de travail, n'implique nullement que l'on sorte d'un rapport salarial, dont les deux caractéristiques centrales restent la subordination du salarié à l'employeur et la captation par ce dernier du produit du travail (des « actions »). D'où la question essentielle suivante : comment l'activité de ces sujets agissants est-elle orientée et

contrôlée par les employeurs ? Et comment se trouve organisée la captation des résultats des actions des salariés ?

La définition de la compétence et ses implications

La compétence comme nouveau rapport au travail

Il n'existe pas, actuellement, de définition socialement établie et faisant consensus de la compétence.

Beaucoup d'entreprises et de chercheurs se sont orientés vers une définition substantialiste, rapportant les compétences à des catégories de savoirs que les individus vont activer face aux situations de travail. La trilogie « savoir, savoir-faire, savoir être » s'est, dans une première période, assez largement imposée. Mais les critiques portées à la notion de savoir être, très difficile à définir et semblant renvoyer à la personnalité même des individus, en dehors de toute considération professionnelle, de tout rapport salarial et de tout processus d'apprentissage, ont ébranlé cette trilogie. La référence au savoir être pouvait introduire des discriminations de tous ordres, au moment même de l'embauche et renvoyer à des appréciations très subjectives, dénuées de tout fondement. Par ailleurs, le « savoir-faire » pouvait renvoyer à des catégories de savoirs très différentes les unes des autres, et encore très marquées par la référence au travail manuel. Des approches plus fines, soit articulées autour du concept de « savoir d'action » (Barbier, 1996), soit faisant état d'une « combinatoire » de savoirs différents, ont été développées (Le Boterf, 1995).

Nous insisterons sur une seconde approche de la compétence, qui en fait l'expression d'un rapport nouveau au travail et à la qualification, plaçant les savoirs comme des ressources mobilisées, mais non comme le cœur du nouveau modèle.

L'idée est que, si la compétence est réellement et directement centrée sur les qualités des individus, telles qu'elles peuvent être reconnues et acceptées socialement, il devient nécessaire de se focaliser sur l'attitude sociale des salariés et de la hiérarchie pour comprendre ce qui se produit de nouveau (car de tout temps, des savoirs ont été mobilisés, et une définition par les savoirs ne permet pas de comprendre en quoi le rapport social entre salariés et directions des entreprises se trouve modifié dans la période actuelle). Pourquoi la question de la compétence s'est-elle posée et a-t-elle troublé le jeu antérieur ? Tout simplement parce que le modèle du poste de travail s'est progressivement effondré. Dans le sillage de la crise du taylorisme, il est devenu à la fois :

- socialement inacceptable, car négateur du désir d'autonomie qui a commencé à monter dès le milieu des années 60, dans tous les domaines de la vie sociale,

- contre-productif, parce que beaucoup trop rigide, face à la montée des besoins de flexibilité, d'innovation, de montée en variété des produits et services,

- et de plus en plus décalé vis-à-vis de l'évolution même du travail : sa complexification, son intellectualisation, ses changements de plus en plus rapides, l'importance prise par les événements largement imprévisibles qui marquent les systèmes productifs actuels, l'appel à l'initiative et à la décentralisation des prises de décision opérationnelles, ont privé les tâches signifiées dans les postes de toute portée pratique. Elles sont devenues obsolètes et de moins en moins utilisées dans l'organisation concrète du travail.

C'est dans ce contexte que l'on peut appréhender la compétence comme un changement profond d'attitude sociale par rapport au travail et aux performances des entreprises.

Nous proposons la définition suivante : la compétence désigne une attitude de prise d'initiative et de responsabilité que l'individu exprime dans l'affrontement réussi aux enjeux et problèmes qui caractérisent les situations de travail que cet individu prend en charge. Quand nous disons « individu », nous sous-entendons également les réseaux d'individus.

Implications en termes de GRH

Une autre approche de la définition d'un emploi

La notion de « situation » est certainement celle qui est en train de s'imposer de la manière la plus large, chaque fois que l'on parle de compétence. Un individu n'est compétent qu'en situation et c'est, face à cette situation (une situation client, une situation de panne d'une machine, une situation d'enseignement ou de prestations de soins, etc.) qu'il apporte la preuve de sa compétence. Mais il faut souligner la nouveauté que cette notion introduit. Ce qui caractérise une situation, c'est avant tout les actions d'un sujet humain qui a, face à lui, un problème à résoudre, une performance à atteindre, un enjeu client à soutenir, la correction d'un dysfonctionnement à opérer. Certes, ces actions sont engendrées avec l'appui d'outils techniques, d'accès à de l'information, avec le soutien éventuel d'un réseau de collègues et autour d'un processus de production. Mais ce qui fait qu'il y a « situation », c'est l'initiative humaine et les problèmes qu'elle doit solutionner, autour d'enjeux prédéfinis. Il s'agit là d'une approche très différente de la définition d'un emploi ou d'un poste de travail.

De nouveaux défis pour l'évaluation

Les notions de **prise d'initiative** et de **responsabilité** sont tout aussi importantes : la compétence du salarié se condense dans les initiatives qu'il prend et dans la qualité de celles-ci, leur caractère « réussi », ce qui implique que leur soit associé un critère de succès.

Prendre une initiative, c'est initier par soi-même une action, commencer quelque chose de nouveau, l'occurrence une solution à un problème sur lequel condense un enjeu placé au cœur de la situation travail : réparer une machine pour que la production puisse reprendre, répondre de manière pertinente à un client pour qu'il soit satisfait du service rendu, bien soigner un malade qui est souffrant pour lui permettre de se rétablir durablement. À cette prise d'initiative est associée nécessairement une prise de responsabilité dans la mesure où le sujet doit répondre de la pertinence et du succès de ses initiatives, il doit aussi avoir souci des effets qu'elles provoquent. C'est ce qu'on appelle l'entreprise, on traduit souvent par l'expression « responsabiliser les individus ».

Mais encore faut-il définir préalablement et évaluer les critères de la réussite des initiatives, car c'est en évaluant ce succès, que l'on peut voir si la personne est compétente ou non, et jusqu'à quel point. Autrement dit, cette prise d'initiative se situe « sous évaluation ». Le premier évaluateur est la hiérarchie de l'entreprise. On retrouve ici le rapport salarial. Les initiatives réussies sont un succès si leur résultat correspond aux performances que l'entreprise attend du salarié. Par exemple, si la hiérarchie attend d'un vendeur qu'il réalise tel chiffre d'affaires ou tel nombre de ventes dans le mois, est-ce que cette performance aura été atteinte ?

Mais il y a souvent et de plus en plus un deuxième évaluateur : le destinataire direct de la prise d'initiative : un client, un public, un usager. Lui aussi évalue la qualité des initiatives prises : est-ce qu'il a résolu positivement ses problèmes ou répondu à sa demande ? Il peut arriver et arrive souvent, dans des situations de relation client, que l'évaluation du client ne coïncide pas avec les performances attendues par la direction de l'entreprise. Pour reprendre l'exemple de la vente d'un service, le client attend que ce service corresponde bien à ses attentes, ce qui suppose que le vendeur comprenne bien ces dernières et trouve l'offre la plus adaptée. Donc qu'il passe un certain temps à dialoguer avec ce client. Mais si la hiérarchie est préoccupée avant tout du niveau du chiffre d'affaires, elle aura tendance à penser que le vendeur passe trop de temps avec chaque client ou ne propose pas des services « à forte valeur ajoutée » pour l'entreprise. Le salarié se trouve placé face à deux évaluations contradictoires. Il devra arbitrer. Cet arbitrage fait partie intégrante de la compétence qu'on mobilise, mais il est très possible qu'elle ne soit pas reconnue par la hiérarchie.

Enfin, il existe un troisième évaluateur : le salarié lui-même. Lui aussi juge de la qualité des initiatives qu'il prend sur des critères de professionnalisme qui lui sont propres ou qui le sont au milieu social du métier auquel il appartient. Or, ces auto-évaluations sont fondamentalement éthiques : on pourra trouver des critères de justice (est-ce que tous les clients sont traités avec la même attention ?), de sens du travail bien fait, de souci d'autrui... Là aussi, ces auto-évaluations ne coïncident pas nécessairement avec ce qu'attend la direction. Un arbitrage, parfois inconscient, est opéré par le salarié en temps que sujet détenteur d'une éthique professionnelle. Mais il est tout autant possible que

salarié « abandonne » sa posture éthique et joue simplement le jeu de la performance qu'on attend de lui.

La mise au point d'un référentiel de compétences

C'est à partir de la maîtrise de ces situations et de leur typage (les situations type caractérisant tel groupe professionnel) qu'il est possible d'en induire un référentiel de compétences, composé à la fois des domaines de compétences mobilisés et des attitudes déployées par les salariés pour affronter les situations avec succès. Les référentiels varient d'une entreprise à une autre. Il n'existe pas, pour l'instant du moins, de modèle de référentiel des compétences qui soit transversal aux entreprises, sauf dans les quelques rares branches professionnelles qui ont signé des accords compétence. Ce qui est cependant important, c'est qu'au sein de l'entreprise considérée, ce référentiel soit « public », c'est-à-dire connu de tout le personnel concerné. Et il est bon que les salariés reconnaissent que les situations choisies pour bâtir ce référentiel sont bien des situations réelles, auxquelles ils se confrontent. Sinon, il existera une incompréhension durable entre salariés et hiérarchie.

Il faut noter que cette approche pose une question à laquelle les personnes qui animent la démarche compétence (et qui, en général, appartiennent à la direction des ressources humaines) doivent être sensibles : il faut non seulement définir les compétences actuelles, mais aussi, pour autant qu'on puisse les anticiper, les compétences futures.

Cette exigence suppose :

- que la mise en lumière des situations intègre une anticipation sur leur devenir, en s'appuyant sur la manière dont elles sont déjà en train de se transformer et en mobilisant la connaissance des anticipations,
- qu'on choisisse des domaines de compétence relativement larges, donc durables, et non pas des définitions de compétence détaillées, qui de toute façon ne serviront à rien car il faut respecter le pouvoir d'initiative et l'autonomie de chaque salarié, sauf à retourner dans un modèle taylorien. C'est sur ce point, apparemment purement technique, qu'il existe, à l'heure actuelle, une tension entre un basculement réel dans une analyse des situations et le maintien des traditionnelles analyses de contenu d'emplois.

Un nouveau dispositif de contrôle

Revenons sur la manière dont une approche compétence se repositionne dans le maintien du rapport salarial, donc de la domination exercée par les directions d'entreprise. Même si les causes initiales immédiates ne sont pas nécessairement identiques, on remarque actuellement

une congruence entre les nouveaux dispositifs de contrôle et le modèle de la compétence. Pour les dispositifs de contrôle, on trouve comme point de départ une disqualification et une forte baisse d'efficacité du contrôle disciplinaire des tâches tayloriennes, qui supposaient le respect des opérations prescrites et des vitesses de réalisation de ces opérations. Pour l'introduction d'une problématique de la compétence, il s'agit de la volonté que le salarié se réapproprie l'initiative et la responsabilité de ses propres actions. Dans les deux cas, se pose le problème suivant : comment redéfinir ce qu'engendre, par ses actions, le sujet-salarié et contrôler le fait que cela corresponde aux objectifs de la direction de l'entreprise et puisse être cadré au sein d'un temps donné ?

Le principe du contrôle d'engagement

L'abandon d'un contrôle disciplinaire et l'émergence de ce que nous proposons d'appeler « un contrôle d'engagement » est en train de modifier, de manière importante, le paysage (Zarifian, 2003). Le contrôle d'engagement s'inspire de ce qui existait depuis longtemps pour les cadres, mais en le généralisant à tous les salariés.

Son principe est simple : la hiérarchie fixe à chaque salarié ou à une équipe, des objectifs de performance et évalue, au bout d'un temps défini, le résultat atteint par rapport aux objectifs assignés. Entre les deux, le contrôle disciplinaire disparaît et donc la hiérarchie reconnaît les espaces d'autonomie et de prise d'initiatives. Ce contrôle par objectifs/résultats s'apparente à un contrôle par élastique : le salarié dispose d'une assez large liberté de mouvement et de prise de décision pour affronter les situations qu'il rencontre. Il peut tirer sur l'élastique qui le lie à sa hiérarchie. Mais arrive un moment où s'exerce une force de rappel : le moment où il doit (au bout d'une journée, d'un mois, voire d'une année, suivant le rythme des contrôles) « rendre des comptes » sur les résultats qu'on attend de lui. Si nous parlons de contrôle d'engagement, c'est qu'une telle démarche n'est possible que si le salarié est prêt à s'investir subjectivement et personnellement dans son activité, bien que cet investissement soit placé sous pression des résultats qu'il devra atteindre, et donc sous la force de rappel de l'élastique. Il n'a pas, il n'a plus en permanence un chef sur le dos pour lui dire quoi faire et l'inciter de manière disciplinaire à se mobiliser dans son travail.

Les problèmes de mise en œuvre du dispositif

Cette modalité de contrôle, bien qu'elle connaisse actuellement un fort développement, peut parfois se combiner avec le maintien d'un contrôle disciplinaire. Dans ce cas, la hiérarchie mettra les salariés sous une telle pression qu'elle pourra générer une nette détérioration de la santé des salariés. C'est un problème que fait apparaître régulièrement l'enquête nationale sur

les conditions de travail : le double contrôle, exercé selon des principes différents, est ressenti par les salariés interrogés dans cette enquête, comme un facteur central de la détérioration de leurs conditions de travail : on leur demande de s'engager à la faveur d'espaces d'autonomie et de prises d'initiative, au même moment où ces espaces leur sont déniés et le contrôle disciplinaire appliqué.

Pris en tant que tel, le contrôle d'engagement soulève de nouveaux problèmes. Citons ce qui nous semble être les deux principaux :

- Premièrement, les objectifs de performance ne sont pas toujours clairement définis, soutenables et porteurs de sens pour les salariés concernés. Il arrive souvent, soit que les objectifs soient énoncés en termes vagues (par exemple : obtenir la satisfaction des clients...), soit que le niveau de résultats à atteindre soit placé à un niveau inaccessible, ce qui sape d'entrée de jeu la volonté d'engagement du salarié, soit que l'objectif soit prescrit, sans explication sur son pourquoi, donc sur les enjeux stratégiques qui sont implicitement présents derrière lui. Par exemple : il faut réduire les délais de réponse aux clients ou de livraison d'un produit. Oui, mais pourquoi ? Qu'est ce qui provoque cette élévation du niveau de résultats ? En quoi est-ce un enjeu important pour l'entreprise et son devenir ?

- Le second problème est relatif à une confusion possible entre une évaluation de performance et une évaluation de compétences. En principe, la différence devrait être claire :

- l'évaluation de performance se situe dans une problématique « objectifs/résultats », qui peut être ou pas associée aux moyens donnés au salarié pour atteindre ces résultats. Mais l'évaluation des compétences n'a aucune raison d'entrer en jeu ;

- l'évaluation des compétences tient compte du résultat en performance et des enjeux qu'il recouvre, mais se centre sur les compétences mobilisées pour prendre en charge les situations de travail, dont le résultat en performance n'est qu'un *output*. Ce dispositif a de plus pour rôle, non seulement de dresser un bilan des compétences possédées par le salarié, mais aussi et surtout d'établir un plan de développement de ces compétences pour l'avenir.

Si la différence est claire dans son principe, nous avons pu voir, dans de nombreux cas, qu'il existait une confusion entre ces deux types d'évaluation, souvent menés « dans la foulée », au cours du même entretien, de telle sorte que l'évaluation des compétences se trouvait en réalité sacrifiée au contrôle des performances, amenant beaucoup d'amertume et de perte de confiance dans le « système » de la part des salariés concernés.

Les démarches compétence

De façon plus générale, qu'est-ce qui, concrètement, détermine la réussite ou l'échec de l'introduction dans

les entreprises de la « logique compétences ». Ce qui, selon notre expérience d'accompagnement de démarches compétences (Zarifian, 2005), est au centre de leur succès, est qu'elles soient perçues comme une mise en mouvement et une implication des acteurs concernés. Dans le cas contraire, elles apparaîtront comme un appareillage bureaucratique supplémentaire.

La conclusion à laquelle nous sommes arrivés est que les démarches compétence se situent en tension entre deux pôles :

- le pôle de la stratégie globale de la direction de l'entreprise, qui, estimant que le développement des compétences et de la capacité d'initiative des salariés constitue un facteur de compétitivité (ou de qualité de service dans les entreprises et administrations publiques) déterminant, apporte son appui à la mise en œuvre d'une telle démarche,

- et le pôle des différentes catégories de salariés, d'accord ou non avec ce qu'ils savent ou imaginent de la stratégie de leur direction, pensant avant tout à leur éthique professionnelle personnelle et/ou à leurs attentes en termes de déroulement de carrière, de rémunération et de sécurisation de leur emploi.

Il n'existe aucune raison, *a priori*, pour que les attentes formulées à ces deux pôles coïncident.

Le premier effet d'une démarche compétence est de créer un espace de confrontation et de dialogue entre ces deux pôles, et c'est là où le management de proximité joue un rôle décisif.

L'élaboration et la mise à jour du référentiel des compétences – si possible en y impliquant des salariés directement concernés –, l'entretien professionnel, le suivi quotidien, par le management de proximité, de la mise à jour des compétences effectivement mobilisées, des carences pouvant nécessiter une action immédiate (de formation, de tutorat...), sont autant de pratiques qui créent, dans leur ensemble, un nouvel espace de dialogue au sein duquel les salariés et leur hiérarchie peuvent dialoguer et argumenter.

Dans cet espace, des désaccords irréductibles peuvent se manifester, par exemple sur la stratégie de l'entreprise et ses effets en termes d'emplois, mais, en règle générale, cet espace crée la possibilité d'accords, soit par consensus, soit, plus souvent, par compromis. Les termes de cet éventuel accord sont clairs : associer la réussite de la stratégie de l'entreprise, avec les attentes et points de vue personnels, voire collectifs, des salariés, autour du même enjeu, le développement des compétences. À notre avis, et par expérience, l'essentiel de la réussite ou de l'échec d'une démarche compétence réside au-delà des outils techniques utilisés, dans la réalisation ou non d'un tel accord. Les organisations syndicales y jouent leur rôle, surtout si la démarche doit déboucher sur une nouvelle classification. Mais encore faut-il qu'elles soient elles-mêmes à l'écoute des salariés et capables de rendre compte de leurs intérêts et aspirations.

Conclusion

À l'heure actuelle, on constate une large diffusion, dans les entreprises, d'approches compétences. On en parle moins, elles font moins la une de l'actualité, mais c'est là une évolution normale lorsqu'une démarche se généralise et, inévitablement, se banalise. Néanmoins, cela ne veut pas dire que tous les problèmes que nous avons soulevés sont résolus. Le risque est plutôt de les masquer, par effet de banalisation. Le plus grand risque, à notre avis, est que les systèmes hybrides, qui mêlent modèle du poste de travail et modèle de la compétence, ne se figent, de telle sorte qu'ils apparaissent comme des machines bureaucratiques et que progressivement, la logique du poste ne reprenne entièrement le dessus. Le moment nous semble venu pour que les démarches compétence s'affichent et s'expriment en tant que telles et s'affranchissent des contraintes du modèle du poste de travail, qui reste encore largement dominant. ■

Philippe Zarifian,
Professeur de sociologie
à l'Université de Marne-la-Vallée

Pour aller plus loin

Barbier Jean-Marie (1996), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, Éditions PUF, avril.

Clot Yves (1999), *La fonction psychologique du travail*, Paris, Éditions PUF, décembre.

Le Boterf Guy (1995), *De la compétence*, Paris, Les Éditions d'Organisation, janvier.

Zarifian Philippe :

- (2003) *À quoi sert le travail ?* Paris, Édition La Dispute, janvier ;

- (2004) *Le modèle de la compétence*, Paris, Éditions Liaisons, septembre ;

- (2005) *Compétences et stratégies d'entreprise*, Paris, Édition Liaisons, novembre.

**La gestion
des ressources
humaines**
Cahiers français
n° 333

L'évolution
des modèles
de GRH

13

Annexe 6

Modèle de l'adaptation internationale, in « La gestion des ressources humaines », Cahiers français, n° 333, p.45

s en
lent
t de
rces
ilité

L'adaptation internationale

Dans le cas d'une mobilité vers l'étranger, l'adaptation du salarié s'inscrit dans un processus décrit par une courbe en U (2). Le modèle de l'adaptation internationale s'intéresse quant à lui aux déterminants du phénomène.

Processus d'adaptation

Le processus d'adaptation interculturelle est décrit depuis quelques décennies comme une courbe en U présentant quatre phases. La première, correspondant au début de l'expatriation, est nommée « lune de miel ». Comme un touriste, l'expatrié reste à la surface des choses. Il apprécie la nouveauté de son environnement qu'il perçoit au travers du cadre de référence qu'est la culture de son pays d'origine. Après une période variable selon les individus et les pays, la lune de miel est suivie par une période de désillusion et de frustration, appelée « choc culturel ». À ce stade, la personne est quotidiennement confrontée à la nouvelle culture sans en comprendre la complexité. Son cadre de référence, toujours celui du pays d'origine, ne lui permet pas de répondre de façon adéquate aux demandes de son environnement. L'individu entre ensuite dans la phase d'adaptation : il change de cadre de référence en adoptant en partie celui du pays d'accueil. Cela ne signifie pas qu'il renonce à sa culture d'origine mais simplement qu'il commence à se comporter selon les normes culturelles locales. Cette adaptation est progressive. Elle

conduit à la quatrième étape, nommée « maîtrise », qui se caractérise par les capacités de l'individu à fonctionner efficacement dans la nouvelle culture.

Cette courbe en U est un modèle théorique heuristique ; toute adaptation ne suit pas automatiquement ces quatre phases. Néanmoins, elle permet de comprendre que l'adaptation est un processus qui s'inscrit dans le temps. Dans certains pays « faciles » culturellement, celui-ci peut être rapide alors que dans d'autres, il peut s'avérer plus long. De ce fait, gérer la mobilité internationale revient aussi à définir la durée adéquate de l'affectation internationale. Pour faciliter le retour d'expatriation, les durées tendent à se raccourcir, passant de quatre ou cinq ans à deux ou trois ans en moyenne. Dans les pays « difficiles » culturellement, des durées plus longues peuvent s'imposer. En effet, il serait dommage de rapatrier une personne au moment où elle commence à être adaptée et performante dans un pays donné.

Modèle de l'adaptation internationale

Le modèle théorique (figure 1) sur lequel s'est construite la recherche sur l'adaptation internationale date d'une quinzaine d'années (3).

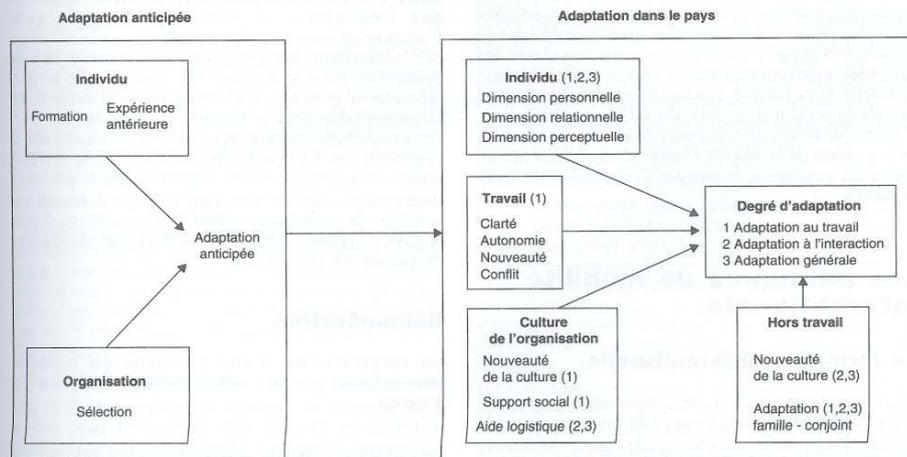
- (2) Gullahorn J. T. et Gullahorn J. E. (1963), « An Extension of the U-Curve Hypothesis », *Journal of Social Sciences*, 19(3), pp. 33-47.
(3) Black J. S., Mendenhall M. et Oddou G. (1991), « Toward a Comprehensive Model of International Adjustment : An Integration of Multiple Theoretical Perspectives », *Academy of Management Review*, 16(2), pp. 291-317.

La gestion
des ressources
humaines
Cahiers franç
n° 333

GRH, mutatis
économiques
et innovation
technologique

45

Figure 1. Modèle de l'adaptation internationale



Les nombres entre parenthèses indiquent les facettes de l'adaptation auxquelles les variables sont supposées être reliées.
Source : adapté de Black, Mendenhall et Oddou, 1991, p. 303.

Annexe 7

Vers une globalisation de la GRH ? (Ariel Mendez)

Si la globalisation tend effectivement à faire converger les pratiques de GRH vers un modèle unique anglo-saxon, les spécificités nationales demeurent toujours marquées (facteurs culturels, institutionnels ou historiques)

-« anglo-saxonisation » des entreprises européennes (processus d'adoption de pratiques propres aux entreprises anglo-saxonnes, en particulier dans l'évaluation et la gestion des carrières (contrôles et évaluation sur performance de court terme, modes de gestion des carrières et des rémunérations plus individualisés)

- développement de structures transversales de type projet et financiarisation des stratégies
- capacité à travailler en équipe, orientation client et prise en compte des contraintes

financières dans l'activité

Mécanismes de diffusion : 3 mécanismes de diffusion isomorphe institutionnel (DiMaggio et Powell)

- Coercitif
- Mimétique
- Normatif (adoption de normes collectives)

Maintien de la variabilité de la GRH : espaces de mobilité et de recrutement encore largement nationaux

Politiques de rémunération restent contraintes par l'environnement institutionnel

GRH segmentée (en fonction des niveaux de compétence)

--Pluralité de modèles de GRH

--Persistance des spécificités nationales

GESTION DE LA MOBILITE INTERNATIONALE DES SALARIES

Gestion de la mobilité internationale et GRH

Modèle de l'adaptation internationale (adaptation anticipée-adaptation dans le pays)

Processus d'adaptation

- Adaptation au travail et aux nouvelles responsabilités
- Adaptation à l'interaction avec les membres de la culture d'accueil
- Adaptation aux conditions générales de vie

Théorie de la réduction de l'incertitude « tout ce qui réduit l'incertitude facilite l'adaptation »

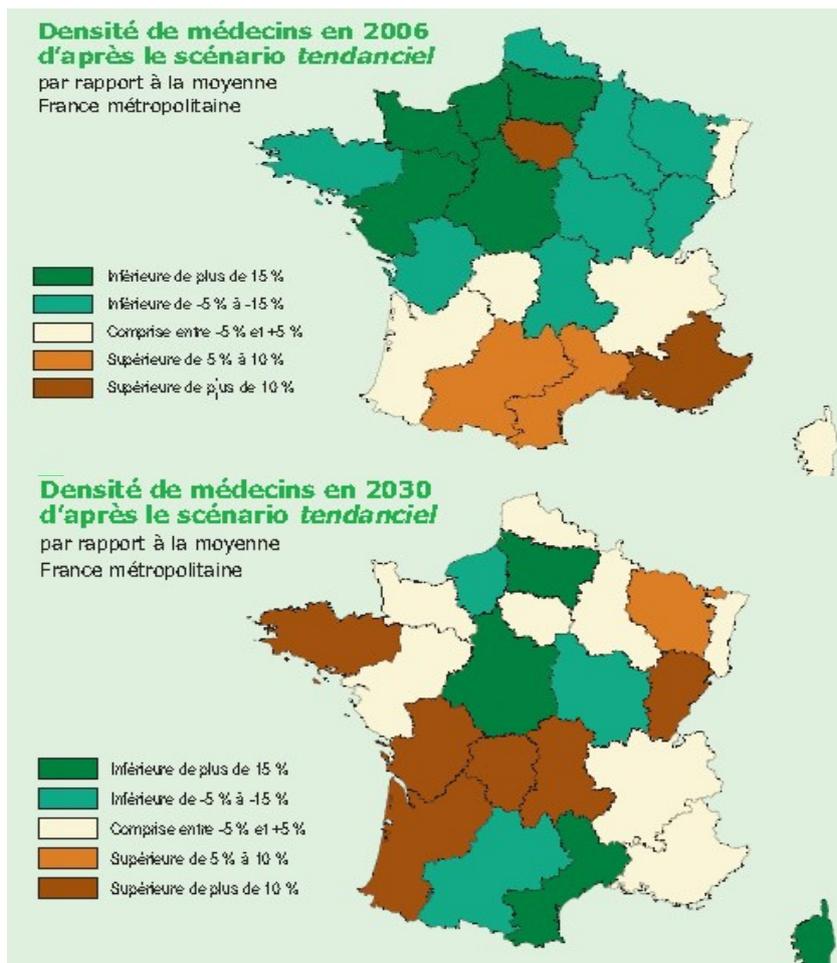
(une personne commencerait à s'acclimater à une mobilité avant même de la vivre)

2 facteurs (modèle théorique de l'adaptation internationale) pour réduire l'incertitude avant la mobilité : expérience à l'étranger antérieure et formation interculturelle

Déterminants de l'adaptation : qualités individuelles et capacité à communiquer, caractéristiques du travail (comme l'autonomie), culture de l'organisation (soutien social, aide logistique), variables environnementales (famille, nouveauté culturelle)

Annexe 8

Démographie médicale en France en 2006 et 2030



Annexe 9

James BUCHAN « migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution » in European observatory on health systems and policies, 2006, Human resources for health in Europe, p. 60

Jumelage	Les hôpitaux français et les pays d'origine des médecins diplômés à l'étranger développent des liens basés sur des échanges de personnel, le support et l'assistance et le flux de ressources vers le pays d'origine
Echange de personnel	Migration temporaire et structurée de personnel vers une autre organisation, basée sur les opportunités d'évolution professionnelle et de développement personnel et/ou organisationnel.
Support éducatif	Educateurs et/ou ressources pédagogiques et/ou financements de la migration temporaire des hôpitaux français aux hôpitaux des pays sources.
Accord bilatéral	Les employeurs français concluent un accord avec les employeurs ou éducateurs du pays source pour contribuer à assumer les coûts de formation du personnel supplémentaire ou recruter du personnel pour une durée déterminée pour les former avant un retour dans le pays source.

Action sur les facteurs de répulsion	Ceux qui poussent les professionnels de santé à s'expatrier. L'amélioration des salaires ainsi que les conditions de travail de ces personnels dans leurs pays d'origine, devrait permettre de freiner la fuite des cerveaux. Certains pays expérimentent la mise en place de mesures incitatives moins onéreuses, telles que de meilleurs logements, des facilités de transport pour aller au travail, ainsi que des prêts bancaires.
Intervention sur le marché du travail des professionnels de santé	Les pays d'origines évoquent l'idée d'augmenter le coût du recrutement des infirmiers et des médecins issus des pays en développement par le biais d'un impôt ou d'une taxe sur ce type de transaction. A ce jour, s'il semble légitime que le pays d'origine récupère une partie de ses coûts de formation, exiger une telle compensation est difficile à mettre en place et pour l'instant aucun pays ne s'est engagé dans cette voie.
Création d'un fonds	l'OMS soutient l'idée d'un fonds destiné à financer la formation des personnels de santé des pays en développement affectés par la migration.

Obligation de service	certaines pays en développement oblige les infirmiers et les médecins diplômés à travailler dans le pays ayant financé leur formation pendant une période déterminée. Toutefois ce type de disposition est difficile à mettre en place et à faire respecter
Modification des programmes de formation	Une solution moins interventionniste qui consiste à modifier les programmes de formation en se focalisant d'avantage sur les problèmes rencontrés par les services de santé locaux comme cela a été recommandé en 2004 par l'association Physicians for Human Rights
Régulation de la pénurie par les pays demandeurs	Adoption de mesures pour former et retenir les personnels dont ils ont besoin en fonction de leur population
Ediction de code de conduite sur le recrutement international des professionnels de santé	Préconisation de l'OMS. L'Europe s'est déjà engagée dans cette voie : signature en avril 2008 d'un code de conduite sur le recrutement dans les hôpitaux de personnels ressortissant d'un autre état membre de l'Union Européenne a été signé en avril 2008 par les partenaires sociaux intervenant dans les hôpitaux européens et la fédération syndicale européenne des services publics.