



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **décembre 2008**

**Le défi du recrutement
des médecins à diplôme étranger
dans les hôpitaux publics**

Armelle DREXLER

Remerciements

J'adresse mes plus sincères remerciements à Eric DE ROODENBEKE, Directeur général de la Fédération Internationale des Hôpitaux, qui a joué son rôle d' « encadrant mémoire » à la perfection, de par ses conseils avisés et la promptitude de ses commentaires lors de ses relectures.

Je tiens vivement à remercier Jean-Pierre GUSCHING, Directeur général du Centre hospitalier régional d'Orléans, pour m'avoir ouvert les portes du CHRO durant ces deux années, afin de découvrir le fonctionnement de son institution et les difficultés auxquelles un chef d'établissement est confronté, notamment en matière de recrutements médicaux. Je salue également l'ensemble de l'équipe de direction pour leur accueil et leur bienveillance, en particulier Jean-Robert CHEVALLIER, Directeur général adjoint, Sylvain MARTIN pour son partage d'expériences et forcément Louis JOANNIDES, tout spécialement pour la Picardie et les poules...

Cela n'est en aucune façon un oubli, mais il fallait que je remercie, à part, ma maître de stage, Geneviève ETRONNIER, qui remporterait tous les concours du meilleur maître de stage ! Merci Geneviève de m'avoir « adoptée », conseillée, soutenue, motivée, de m'avoir décryptée le CHR et les hôpitaux en général, et de m'avoir relue... A défaut de t'avoir comme collègue (en tout cas pas tout de suite), j'espère en avoir des comme toi !

Mes remerciements vont à ceux qui ont apporté la « matière » de ce mémoire, à savoir les 65 directeurs qui ont pris le temps de répondre à l'enquête diffusée, notamment Marie SENGELEN, Directrice adjointe aux affaires médicales au CHU de Limoges pour son expérience méthodologique de l'ENSP, Pierre THEPOT, Directeur du CH d'Arras pour m'avoir fait passer le cap des 20%, Pascal GAUDRON, DAM au CHU d'Amiens pour ses contacts de chasseurs de tête et pour l'envoi de l'accord-cadre, Christian BURGI DRH au CH de Villefranche sur Rouergue pour ses propos décoiffants, et Julie DIGEON, DAM au CH de Valenciennes pour ses encouragements. Je remercie également Mme MINUCCI, AAH au CH de Charleville-Mézières pour son franc-parler, et Mme DECAILLON, AAH au CH de Versailles pour m'avoir soufflée des problèmes réglementaires...

Un grand merci à André LUCAS pour sa disponibilité électronique.

Merci aux présidents des syndicats de PADHUE, Jamil AHMIS (FPS) et Talal ANNANI (INPADHUE) pour avoir répondu sans détours à mes questions, tout comme l'ont fait les « chasseurs de tête » Harald MOLANDER (PARAGONA) et Sophie LEROY (ARIME).

Enfin, « mon petit homme de ma vie », Camille, *toi mon amour*, pour tout, merciiii...

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LES MEDECINS A DIPLOME ETRANGER : UNE VARIABLE D'AJUSTEMENT INDISPENSABLE POUR LES HOPITAUX.....	5
1.1 Des médecins à diplôme étranger recrutés par défaut ?.....	5
1.1.1 Une démographie médicale insuffisante ?.....	5
A) <i>Une densité médicale satisfaisante.....</i>	<i>5</i>
B) <i>La densité médicale hospitalière n'échappe pas aux constats généraux de déséquilibres entre territoires et entre spécialités.....</i>	<i>7</i>
C) <i>La perspective d'un avenir plus radieux ?.....</i>	<i>9</i>
1.1.2 Des concurrents et de nouvelles aspirations qui détournent les médecins de l'hôpital public	11
A) <i>Une concurrence impitoyable du secteur privé.....</i>	<i>11</i>
a) <i>Un secteur privé plus rémunérateur.....</i>	<i>12</i>
b) <i>Des contraintes plus légères concernant la permanence des soins.....</i>	<i>13</i>
c) <i>Un attrait pour le secteur privé susceptible d'être contré ?</i>	<i>14</i>
B) <i>Un changement dans la représentation du métier des jeunes médecins</i>	<i>15</i>
1.2 Des médecins à diplôme étranger, « chevilles ouvrières » des hôpitaux publics dans un contexte d'insécurité juridique	17
1.2.1 Une réglementation floue interprétée selon les besoins des établissements.....	17
A) <i>L'imprécision des missions des praticiens associés.....</i>	<i>18</i>
B) <i>De l'interprétation d'une réglementation insuffisamment précise : l'exemple des prescriptions médicamenteuses.....</i>	<i>20</i>
a) <i>D'une interdiction réglementaire à l'appréciation du chef d'établissement.....</i>	<i>20</i>
b) <i>Des pratiques divergentes selon les établissements.....</i>	<i>22</i>
1.2.2 Un contexte local sous tension conduisant au non-respect de la réglementation : l'exemple des gardes et astreintes.....	23
A) <i>Une réglementation précise sur la participation à la permanence des soins des médecins ne disposant pas de la plénitude d'exercice.....</i>	<i>23</i>
B) <i>Des aménagements locaux aux conséquences non négligeables pour le décideur hospitalier.....</i>	<i>24</i>
a) <i>Des aménagements locaux en contradiction avec la réglementation.....</i>	<i>24</i>
b) <i>Les raisons du non-respect de la réglementation sur les gardes et astreintes.....</i>	<i>25</i>
c) <i>Un enjeu de responsabilité pour le directeur d'établissement.....</i>	<i>25</i>

2 LE RECRUTEMENT INTERNATIONAL DE MEDECINS : UN DOUBLE DEFI EN MATIERE D'ETHIQUE ET D'EFFICACITE POUR LE DECIDEUR HOSPITALIER 27

2.1 Une éthique du recrutement à développer..... 27

2.1.1 La réflexion « éthique » sur les recrutements internationaux et ses limites 28

A) *Une fuite des cerveaux aux lourdes conséquences..... 28*

B) *La fin du « brain drain » n'est pas la solution ultime aux problèmes de pénurie des ressources médicales dans les pays en développement..... 31*

2.1.2 PENSER « ETHIQUE » : Qui peut le faire ? Qui doit le faire ? Quel rôle pour le directeur d'hôpital ? 32

A) *Au niveau international : des déclarations d'intention en attente d'actions concrètes et efficaces..... 32*

B) *Au niveau national : la réaffirmation de l'objectif d'autosuffisance nationale 34*

C) *Au niveau des établissements : une réflexion éthique entravée par la rareté de la ressource médicale 35*

2.1.3 RECRUTER « ETHIQUE » : Que faire ? Comment le faire ? Quelle implication du directeur d'hôpital ? 36

A) *Veiller à un recrutement plus éthique..... 37*

B) *Veiller à l'accueil et l'intégration du médecin à diplôme étranger 38*

C) *Penser à des mécanismes de « compensation » du recrutement international : les actions de coopération internationale..... 39*

D) *Assurer un accompagnement vers la reconnaissance de la plénitude d'exercice..... 41*

2.2 Une efficacité du processus de recrutement à rechercher 42

2.2.1 Choisir les modalités de recrutement les plus efficaces 42

A) *Les modalités de recrutement classiques 42*

B) *Des modalités de recrutement plus innovantes : les agences de recrutement..... 43*

a) *L'expérience du recours aux cabinets de chasseurs de tête au CHR d'Orléans 43*

b) *Des agences de recrutement aux prestations variées 45*

2.2.2 Fluidifier la procédure de recrutement..... 46

A) *La lourdeur de la procédure de recrutement d'un médecin étranger..... 46*

B) *Des instruments pour renforcer la « fluidité » de la procédure de recrutement 48*

a) *L'intérêt d'une dynamique partenariale vis-à-vis des différentes institutions 48*

b) *La nécessité d'une connaissance des procédures de recrutement des médecins à diplôme étranger : l'exemple du classeur de procédures du CHR d'Orléans 48*

2.3 S'assurer des qualifications professionnelles des médecins à diplôme étranger 51

2.3.1 La reconnaissance « automatique » des diplômes communautaires : la garantie du respect d'exigences minimales 51

2.3.2 La difficile question des diplômes extracommunautaires : quelles garanties ? 52

2.3.3 La réussite aux épreuves de la PAE : entre régularisation d'une pratique et reconnaissance restrictive des compétences professionnelles 54

CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE.....	59
LISTE DES ILLUSTRATIONS	70
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AFS	Attestation de formation spécialisée
AFSA	Attestation de formation spécialisée approfondie
CHR	Centre hospitalier régional
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
COMEDIMS	Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CSP	Code de la santé publique
DDTE	Direction départementale du travail et de l'emploi
DES	Diplômes d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DFMS	Diplôme de formation médicale spécialisée
DFMSA	Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie
DIU	Diplôme interuniversitaire
DIS	Diplôme interuniversitaire de spécialisation
DISC	Diplôme interuniversitaire de spécialisation complémentaire
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EEE	Espace Economique Européen
FPS	Fédération des praticiens de santé
INPADHUE	Intersyndicale des praticiens à diplôme hors Union européenne
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie médicale des professions de santé
PADHUE	Praticiens à diplôme hors Union européenne
PAE	Procédure d'autorisation d'exercice
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé

Introduction

« Sans l'afflux d'étrangers, la pléthore médicale serait inexistante »¹

Victor BALTHAZARD, président de la Confédération des syndicats médicaux (1931)

Longtemps coupables d'engendrer une pléthore médicale ne laissant que peu d'espace aux médecins nationaux, les médecins étrangers sont aujourd'hui devenus l'indispensable renfort des hôpitaux publics, souffrant d'une pénurie du personnel médical français.

Pour autant, selon la nationalité de leurs diplômes, ces médecins étrangers ne sont pas dans une situation d'égalité vis-à-vis de leurs confrères français, eu égard au caractère réglementé de la profession médicale, édicté d'ailleurs sous la pression des médecins français inquiets par « l'introduction d'éléments étrangers souvent douteux »², aux dires de la Confédération des syndicats médicaux en 1928. Ainsi, la loi Armbruster promulguée le 21 avril 1933 supprima les équivalences et stipula que pour exercer la médecine en France, il fallait être titulaire du diplôme d'État français de docteur en médecine et de la nationalité française ou bien être ressortissant d'un protectorat français³. Les critères de nationalité française du diplôme et de nationalité française du médecin régissent encore l'accès à l'exercice médical en France, malgré quelques aménagements. Selon l'article L.1411-1 du Code de la Santé Publique (CSP) : « **nul ne peut exercer la profession de médecin (...) s'il n'est : 1°) titulaire du [diplôme français d'État de docteur en médecine] ou [pour les ressortissants de la Communauté européenne (CE) ou de l'Espace Economique Européenne (EEE), de diplômes délivrés par un de ces États figurant sur la liste des diplômes reconnus] ; 2°) de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de la CE ou partie à l'accord sur l'EEE, du Maroc ou de la Tunisie (...); 3°) inscrit au tableau de l'ordre des médecins (...)** ».

Cet article du Code de la Santé Publique marque une différence au sein des praticiens diplômés à l'étranger, entre ceux qui ont le droit d'exercer en France, et ceux dont les diplômes ne sont pas reconnus, qui n'ont donc pas le droit d'y exercer. Le schéma n°1 (*infra*) résume les différentes catégories de médecins étrangers⁴.

¹ Bruno HALIOULA, 2002, *Blouses blanches, étoiles jaunes*, Editions Liana Levi, p. 32.

² *Idem.*, p. 28.

³ *Idem.*, p. 34.

⁴ Par simplification, le terme de « diplôme communautaire » sera entendu, dans le mémoire, comme celui obtenu dans un État de l'UE ou d'un État partie à l'accord sur l'EEE – ces derniers en exercice en France étant numériquement beaucoup moins importants que les ressortissants communautaires.

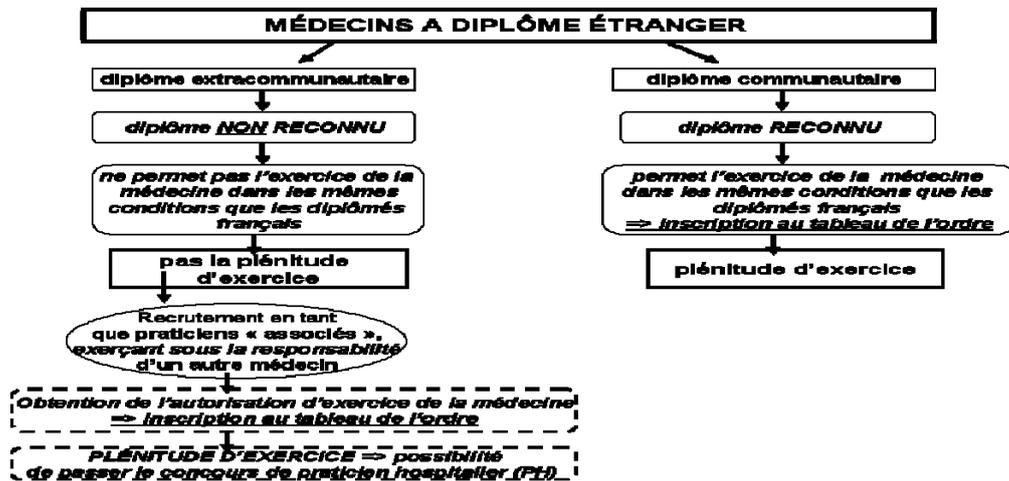


Schéma n°1 – Les différentes catégories parmi les médecins diplômés à l'étranger

Parmi les médecins à diplôme étranger, se rencontrent donc :

- des *praticiens à diplôme extracommunautaire qui exercent la médecine de manière limitée sous la responsabilité d'un médecin senior* ; ils étaient **6 087** dans les hôpitaux publics, en mars 2007⁵. Sont également comptabilisés dans cette catégorie, les médecins qui viennent étudier en France pour une formation complémentaire, qui représentent près de la moitié de ces médecins, et qui, souvent, à l'issue de leur formation, tiennent à exercer en France.
- des *praticiens à diplôme extracommunautaire* qui, après avoir exercé en tant que praticiens « associés », sont parvenus à *obtenir une autorisation d'exercice* et qui ont alors pu faire une carrière de praticien hospitalier comme leurs confrères français, après réussite du concours ; l'estimation de leur nombre est malaisé puisque les tableaux de l'ordre sur lesquels ils sont inscrits ne prennent pas en compte la nationalité du diplôme, mais la nationalité du médecin. Or, de nombreux médecins ont obtenu la nationalité française. Selon leurs syndicats⁶, ce sont **plus de 10 000** praticiens qui ont obtenu une telle autorisation d'exercice depuis une dizaine d'années.
- et des *praticiens à diplôme communautaire* qui bénéficient de la législation sur la libre circulation des travailleurs et de la reconnaissance automatique des diplômes de médecine au sein de l'UE. Ils exercent selon les mêmes conditions que leurs confrères français. **Plus de 4 600**⁷ ressortissants communautaires – ne sont pas comptabilisés ceux qui ont acquis la nationalité française, étaient inscrits sur les tableaux de l'ordre en 2007.

⁵ DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS), juin 2007, *Enquête sur les médecins à diplôme hors Union européenne*, p. 5.

⁶ Entretiens téléphoniques avec Jamil AHMIS (président de la FPS) et Talal ANNANI (président de l'INPADHUE).

⁷ 4 504 ressortissants communautaires et 65 ressortissants d'un pays de l'EEE. Cela ne prend pas en compte les diplômés communautaires qui ont acquis la nationalité française. Voir : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MECECINS (CNOM), 2007, *L'atlas de la démographie médicale en France –situation au 1er janvier 2007- annexes*, p. 29.

La France fait partie de ces nombreux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) confrontés actuellement à des problèmes de « pénurie » médicale, en raison du vieillissement de la population et du corps médical, mais aussi du manque d'anticipation des pouvoirs publics pour ne pas avoir su prévoir les besoins en médecins ou réguler leur offre médicale. Le recrutement international de médecin peut alors constituer « *l'une des solutions envisageables pour résoudre partiellement le problème [de pénurie], une solution que les pays ont d'ailleurs d'ores et déjà commencé à utiliser* »⁸. La France l'a bien compris. En témoigne le fait que 40% des anesthésistes nouvellement inscrits au tableau de l'ordre des médecins en 2007 proviennent de l'Union européenne – la moitié d'entre eux venant de Roumanie⁹.

Pour autant, la France prône un objectif d'« autosuffisance nationale » de médecins depuis la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 qui a énoncé que « **les établissements publics de santé ne peuvent plus recruter de nouveaux médecins titulaire de diplômes, titres ou certificats délivrés dans des pays autres que ceux faisant partie de la Communauté européenne et que les États parties à l'accord de l'Espace Économique Européen** »¹⁰. L'expression « nouveaux médecins » est à entendre comme l'interdiction de recruter des médecins qui ne travailleraient pas déjà dans les hôpitaux français, à la date de la publication de la loi. La distinction est faite entre praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) et diplômés extracommunautaires. En effet, les ressortissants communautaires diplômés dans l'Union européenne doivent être considérés comme des « nationaux », quand bien même cela n'est pas encore entré dans les mœurs. Le président de la République a d'ailleurs réaffirmé cet objectif lors de son discours sur la réforme de l'hôpital à Neufchâteau, le 17 avril 2008 : « *On ne peut pas continuer dans une espèce de situation de non droit parce que l'on ne trouvait pas de candidat français ou européen, on en a fait venir d'autres et on les maintient dans un système dont personne ne comprend quel est le statut exact* »¹¹.

Quand bien même l'autosuffisance en personnel médical est érigée en norme par les pouvoirs publics, il n'en demeure pas moins qu'au niveau des hôpitaux publics, le recrutement international de médecins, qu'il s'agisse de PADHUE – pour lesquels des conditions strictes d'embauche s'appliquent - ou de ressortissants communautaires dont l'embauche est « libre », est utilisé pour remplir des postes vacants. L'exemple du terrain de stage, le **Centre Hospitalier Régional d'Orléans** est particulièrement éloquent

⁸ OCDE, 2007, *Perspectives des migrations internationales*, p. 172.

⁹ CNOM, septembre 2008, *L'atlas de la démographie médicale en France -situation au 1er janvier 2008*, p. 18.

¹⁰ Article 60 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

¹¹ Nicolas SARKOZY, 17 avril 2008, *Discours sur la réforme de l'hôpital*, Neufchâteau, p. 7.

puisque pas moins de seize médecins à diplôme étranger ont été recrutés depuis le 1^{er} janvier 2007, face aux difficultés de recrutement auxquelles est confronté l'établissement.

En accord avec le terrain de stage, il a été procédé à une enquête par questionnaire, diffusée auprès de 289 centres hospitaliers (CH) et centres hospitaliers régionaux (CHR) et universitaires (CHRU/CHU) afin de déterminer le caractère plus ou moins isolé de la situation et de la démarche du CHR d'Orléans. Un état des lieux, en juin 2008, du recrutement de médecins à diplôme étranger a donc été dressé : les raisons, le volume, les modalités de recrutement et d'accueil-intégration, le positionnement éthique, les conditions d'exercice des médecins à diplôme étranger ont pu ainsi être analysés pour les 65 établissements qui ont répondu (soit un taux de réponse de 22%) à l'enquête, dont les résultats sont retranscrits à l'**ANNEXE 1**. Des entretiens complémentaires ont été ensuite réalisés auprès de certains directeurs, des présidents des syndicats des PADHUE et d'agences de recrutement (voir **ANNEXE 2**).

Le recrutement international de médecins n'est pas neutre pour le pays dans lequel a été formé le médecin qui perd l'investissement réalisé dans la formation et se prive d'une ressource médicale qui aurait pu lui être particulièrement utile. Il ne l'est pas plus pour le directeur d'hôpital français qui recrute le médecin, puisqu'il se retrouve alors face à plusieurs défis : un défi d'efficacité et d'éthique dans le recrutement de ces médecins pour lesquels un investissement conséquent peut être réalisé, un défi dans la gestion de cette ressource médicale eu égard à la différence de statuts, de droits sociaux et de rémunérations, ainsi qu'un défi en termes de responsabilité du fait de limites dans les conditions d'exercice des PADHUE.

Dès lors, le fil conducteur de notre réflexion sera le suivant : ***dans un contexte actuel caractérisé par des problèmes de démographie médicale et de perte d'attractivité des hôpitaux publics, comment recruter de façon légale, efficace et éthique des médecins à diplôme étranger ?***

Il s'agit dans un premier temps d'analyser les raisons pour lesquelles les médecins à diplôme étranger sont devenus indispensables pour les hôpitaux publics (1). Dans un second temps, il convient d'étudier comment le décideur hospitalier peut relever les défis du recrutement de médecins à diplôme étranger, particulièrement en termes d'éthique et d'efficacité (2).

1 LES MEDECINS A DIPLOME ETRANGER : UNE VARIABLE D'AJUSTEMENT INDISPENSABLE POUR LES HOPITAUX

Ces médecins à diplôme étranger semblent être une variable d'ajustement en raison d'un manque de médecins diplômés français dont les causes sont multiples (1.1). Mais, comme dans les autres pays de l'OCDE, ces médecins à diplôme étranger « *contribuent de manière importante au fonctionnement du système de santé, non seulement en raison de leur nombre, mais aussi puisqu'ils aident à assurer la continuité du service durant les nuits ou les week-ends et sont présents dans les régions les moins équipées* »¹², de sorte qu'ils sont parfois les « chevilles ouvrières » de certains services de certains hôpitaux, dans un contexte d'insécurité juridique (1.2).

1.1 Des médecins à diplôme étranger recrutés par défaut ?

En ce qui concerne les raisons du recrutement de médecins à diplôme étranger, les résultats de notre enquête sont sans appel : **84% des établissements publics répondants¹³ reconnaissent recruter des médecins à diplôme étranger car ils n'ont « aucun candidat avec un diplôme français pour le poste recherché »¹⁴.**

Il apparaît donc essentiel de s'interroger sur les problèmes de recrutement de personnel médical, auxquels sont confrontés près de 90% des établissements de notre enquête. Ces problèmes apparaissent être généralisés et indépendants du statut, de la taille, et de la localisation de l'établissement. Il appartient de considérer la question de la démographie médicale (1.1.1) et celle de l'attractivité de l'hôpital public (1.1.2).

1.1.1 Une démographie médicale insuffisante ?

A) Une densité médicale satisfaisante

Il n'y a jamais eu autant de médecins en activité¹⁵, en France. Le nombre de ces médecins s'élève à 215 028 au 1^{er} janvier 2008 pour la France entière (210 583 pour la seule France métropolitaine).

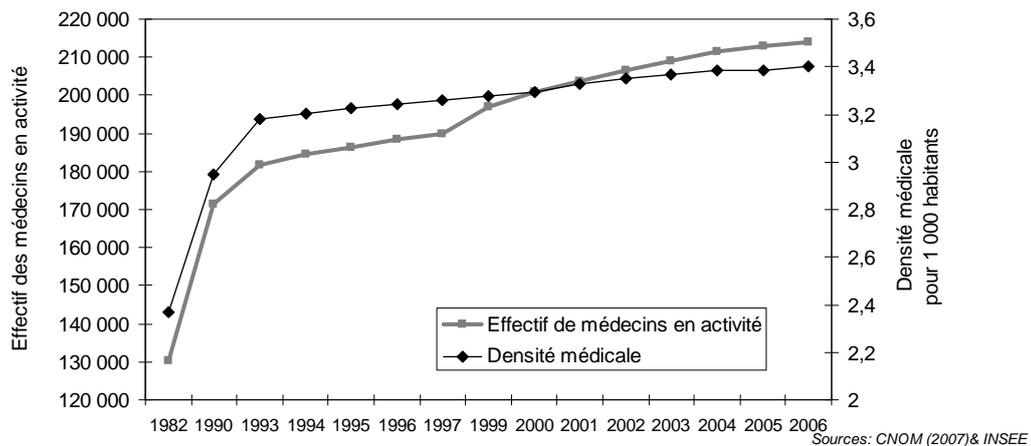
¹² OCDE, 2007, *Perspectives des migrations internationales*, p. 19.

¹³ Le total est supérieur à 100%, puisque les répondants avaient à citer les trois raisons principales qui motivaient le recrutement d'un médecin à diplôme étranger. Voir le questionnaire, en **ANNEXE 1**.

¹⁴ Cette raison est citée plus fréquemment que le caractère intéressant de la candidature du médecin à diplôme étranger (cité par 69% des établissements) !

¹⁵ La notion de « médecins en activité » sera celle que nous emploierons, puisqu'elle permet de ne pas tenir compte des médecins retraités, guère utiles dans l'étude de « l'offre » en médecins dont dispose la France. Voir : CNOM, septembre 2008, *op. cit.*, p. 13.

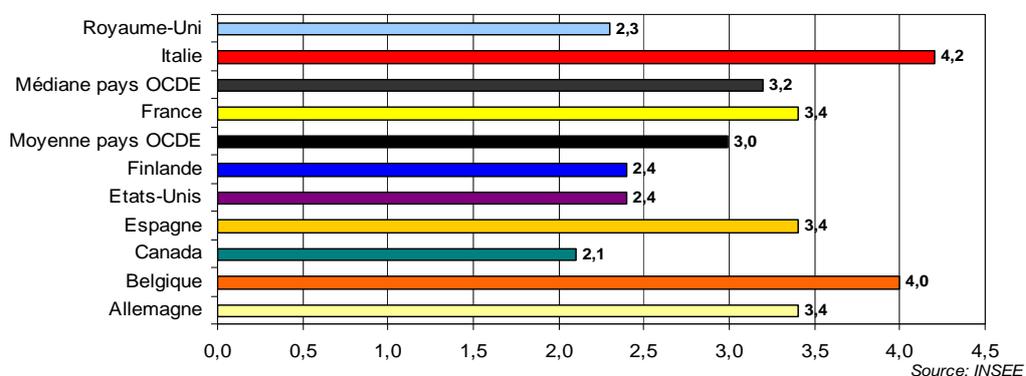
Graphique n°1 - Évolution de l'effectif de médecins en activité et de la densité médicale (1982-2006)



Le ratio de densité médicale, entendu comme le nombre global de médecins pour 1 000 habitants, s'est stabilisé au cours des dernières années : en 2006, ce ratio était de 3,40 médecins pour 1 000 habitants. Il est intéressant de constater que malgré cette hausse constante, il existe un certain « *consensus sur une grave pénurie, présente ou prochaine* »¹⁶, alors même que dans les années 1980, lorsque la densité médicale avoisinait les 2,2 médecins pour 1 000 habitants, se rencontrait un « *consensus général à propos du sureffectif du corps médical* »¹⁷...

Il peut alors être utile de comparer la densité médicale de la France avec celle d'autres pays de l'OCDE, comme le montre le *graphique n°2*. La densité médicale française y apparaît plus importante que la moyenne et la médiane des pays de l'OCDE. La France est donc dans une situation plutôt plus favorable qu'un certain nombre de ses partenaires.

Graphique n°2 - Médecins en activité pour 1 000 habitants dans certains pays de l'OCDE (2004)



¹⁶ Dang Ha Doan BUI, décembre 2005, « Pénurie et sureffectif des médecins en France : un apport des projections démographiques », *Courrier des statistiques* n°116, p. 4.

¹⁷ *Idem*, p. 3.

La densité médicale française de 3,4/1 000 habitants peut également être rapprochée des densités totales de prestataires de santé (médecins et ensemble des paramédicaux) de certaines régions du monde, telles que découpées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS): ainsi, la densité médicale française est largement supérieure à celle de l'ensemble des prestataires de santé de la région OMS Afrique (1,91/1 000 habitants), Asie du Sud-est (2,89/1 000 habitants) ou Méditerranée orientale (3,01/1 000 habitants)¹⁸. L'OMS a identifié des États touchés par une pénurie plus ou moins aigüe de personnels de santé et, ni la France, ni aucun pays de l'Union européenne ou membre de l'OCDE ne sont concernés¹⁹.

Si cette mise en perspective internationale permet de relativiser le discours sur le « déficit » de médecins en France, il convient cependant de préciser qu'il n'existe pas de normes établies sur ce qu'est un bon encadrement médical. Non seulement les besoins en soins varient en fonction de la prévalence des problèmes de santé, des techniques disponibles et de leurs évolutions, de la demande des patients, mais en plus, le lien entre les besoins en soins et le nombre de médecins nécessaires est difficilement évaluable puisqu'il dépend du temps de travail de chaque médecin et de la répartition des tâches entre les professionnels de santé.

Pour autant, si le nombre de médecins peut apparaître globalement satisfaisant, les effectifs médicaux, particulièrement ceux qui travaillent dans les établissements de santé, ne sont équitablement répartis ni entre les territoires, ni entre les spécialités.

B) La densité médicale hospitalière n'échappe pas aux constats généraux de déséquilibres entre territoires et entre spécialités

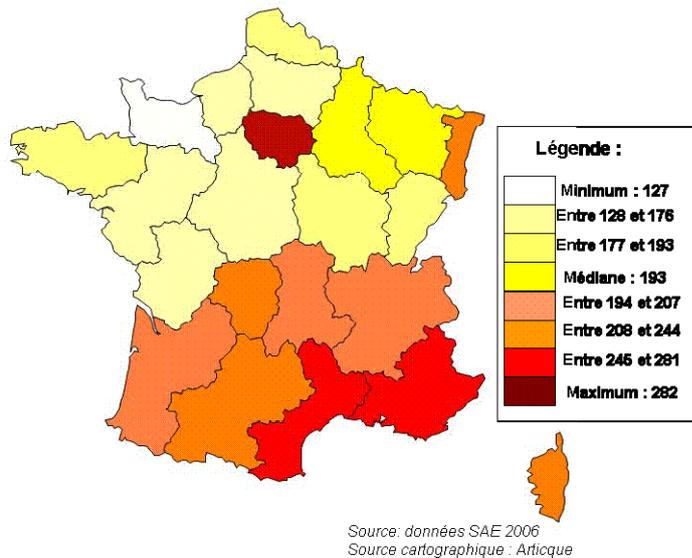
Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, ne sont pas égaux en termes de démographie médicale, en fonction de leur localisation sur le territoire français. Le *graphique n°3* montre les écarts de densité médicale hospitalière globale²⁰ entre les différentes régions. Il ne laisse cependant pas voir les inégalités infrarégionales voire infradépartementales, qui sont également très marquées ; les médecins font plus facilement le choix de travailler dans une ville qui dispose d'un CHU que dans un centre hospitalier dit « périphérique », d'autant plus s'il est situé dans une zone rurale ou enclavée, éloignée des métropoles régionales.

¹⁸ Calculs réalisés à partir des données de l'OMS, in : OMS, 2006, *Rapport sur la santé dans le monde – travailler ensemble pour la santé*, p. xvii.

¹⁹ OMS, 2006, *op. cit.*, p. xvii.

²⁰ Voir **ANNEXE 3**, les tableaux de calcul de la densité médicale hospitalière globale (publique et privée) par région.

Graphique n°3 – Densité médicale hospitalière totale par région (2006)



Ainsi, **le CHR d'Orléans** ne se trouve pas dans une région qui dispose d'un nombre élevé de médecins travaillant dans les hôpitaux et les cliniques, rapporté à la population. La proximité de la région parisienne, caractérisée par des effectifs importants dans tous les établissements publics et privés²¹ et par la plus forte densité médicale hospitalière, contribue à attirer des médecins, au détriment des régions limitrophes, comme la région Centre, mais aussi la Basse-Normandie, la Haute-Normandie ou encore la Picardie. La situation du CHR d'Orléans est particulière : il ne dispose pas de la composante universitaire « U » et il est situé à une heure de Paris.

L'analyse des « besoins » en médecins par région et par spécialité n'a jamais dicté la répartition des internes, alors même qu'une telle étude, malgré ses limites, apparaît possible au niveau des spécialités²². De plus, les internes s'installent majoritairement dans la région où ils obtiennent leurs diplômes ou dans laquelle ils effectuent leur internat, voire même souvent dans le département où est localisée la faculté de médecine. Selon les régions, 50,7% (Limousin) à 81,6% (PACA) des étudiants ayant eu leur diplôme de spécialité dans la région s'y installent²³. Au demeurant, « *la répartition des internes par filière et par région ne s'appuie pas de façon évidente sur des critères qui tiennent compte à la fois des besoins de santé et des données démographiques. Elle est plus une réponse aux lobbies qui fondent leurs*

²¹ Yvon BERLAND, septembre 2006, *Rapport de la mission « Démographie médicale hospitalière »*, p. 140.

²² CREDES, mars 2001, « Les besoins en médecins – état des connaissances et pistes de recherche », *Questions d'économie de la santé*, n°35, 6 p.

argumentations sur des données partiales et non sur des données objectives et stabilisées »²⁴. La possibilité de non-validation du deuxième cycle pour repasser l'examen classant national (ECN) participe au déséquilibre géographique des affectations²⁵. Ainsi, la **région Centre** est particulièrement touchée par un déficit d'internes²⁶, puisqu'elle compte moins de 1,8 internes pour 10 000 habitants lorsque la moyenne est de 2,5 pour 10 000 habitants. De plus, le besoin existant dans une spécialité donnée n'oblige pas les étudiants de médecine à choisir cette spécialité. Ainsi, en chirurgie, les spécialités les plus pénibles comme la chirurgie orthopédique ou les moins rémunératrices eu égard aux contraintes qu'elles imposent comme la chirurgie pédiatrique sont nettement moins convoitées²⁷.

Ceci peut expliquer en partie les problèmes de recrutement de certains spécialistes par les hôpitaux publics. Dans notre enquête, deux tiers des répondants reconnaissent avoir des difficultés à recruter en anesthésie-réanimation ou en réanimation médicale. Le recrutement de spécialistes en cardiologie, pédiatrie, psychiatrie, gynécologie-obstétrique est également source de difficulté pour près de 20% des répondants.

C) La perspective d'un avenir plus radieux ?

Selon les études de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui ont analysé les évolutions probables des effectifs médicaux, la situation est particulièrement préoccupante. Le nombre de médecins en activité diminuerait de près de 10% pour atteindre 180 000 en 2025²⁸, et la densité médicale de près de 16% pour retrouver un niveau équivalent à celui du milieu des années 1980²⁹. La prévision s'explique par la réduction drastique en 1993 du *numerus clausus*, seul mécanisme employé par les pouvoirs publics pour agir sur le niveau de l'offre des soins, dans un souci de maîtriser les coûts, lesdits médecins étant accusés d'induire une demande supplémentaire de soins. Cette réduction du *numerus clausus* a pour

²³ Daniel SICART, août-septembre 2007, *Les médecins – estimations au 1er janvier 2007*, Rapport DREES, Séries Statistiques n°115, p. 61.

²⁴ Yvon BERLAND, avril 2005, *Rapport de la commission démographie médicale*, p. 54.

²⁵ OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DES PROFESSIONS DE SANTÉ (ONDPS), 2005, *Rapport annuel*, p. 40.

²⁶ ONDPS, 2008, *Rapport annuel 2006-2007 – tome 2 – Les internes en médecine : démographie et répartition*, p. 16.

²⁷ Alain MILON (rapporteur), avril 2008, *Rapport au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat sur l'avenir de la chirurgie en France*, p. 15.

²⁸ Yvon BERLAND, septembre 2006, *op. cit.*, p. 110.

²⁹ *Idem.*

conséquence que les médecins commençant à exercer aujourd'hui ne sont pas suffisamment nombreux pour compenser les départs à la retraite³⁰.

Retrouver le niveau de densité médicale des années 1980 est perçu comme étant fortement problématique, en raison de l'accroissement et du vieillissement de la population entraînant une demande de soins plus importante³¹. Cependant, une étude récente de la DREES³² s'inscrit à l'opposé de cette croyance : les besoins en soins de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ne sont pas condamnés à augmenter inéluctablement, même si les patients âgés fragilisés nécessiteront des prises en charge lourdes, du moment que se développent des alternatives et des structures d'aval (hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, établissements pour personnes âgées dépendantes). En outre, il semble que le secteur hospitalier pourrait être moins affecté que le secteur privé par la diminution des effectifs médicaux, si les comportements actuels, notamment de choix de mode d'exercice se maintiennent³³. Par ailleurs, la situation annoncée de réduction des effectifs médicaux peut être inversée si le rôle des différents professionnels et l'articulation des métiers évoluent. Ceci explique sans doute l'intérêt porté aux expérimentations de délégation et de transfert de tâches et plus largement à la « coopération entre professionnels de santé », dont fait mention le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST)³⁴.

Plus que l'effectif total des médecins hospitaliers, ce sont les disparités interrégionales et inter-spécialités qui appellent une réaction des pouvoirs publics à court terme. En effet, si le secteur hospitalier connaît une situation plus favorable, rien ne garantit que les flux s'orientent de manière adéquate entre les structures, les territoires et les spécialités.

La question de l'efficacité dans la répartition géographique des médecins semble être devenue une préoccupation des pouvoirs publics. La loi HPST, à en croire le projet, œuvrerait dans ce sens en rendant régional l'examen classant national, ce qui présente l'opportunité de pouvoir réduire les fortes disparités régionales – sans toutefois influencer les disparités infrarégionales. Si la liberté d'installation des médecins est préservée pour le moment, il n'est pas certain qu'elle soit maintenue.

³⁰ Pour autant, le *numerus clausus* a été relevé à partir de l'an 2000, de sorte qu'à partir de 2015, et surtout à partir de 2018 (le *numerus clausus* a dépassé les 7000 en 2006), les jeunes médecins seront plus à même à compenser les départs.

³¹ Yvon BERLAND (président de la mission), novembre 2002, *Rapport de la mission « Démographie des professionnels de santé »*, p. 88.

³² Marie-Claude MOUQUET, Philippe OBERLIN, août 2008, *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*, Dossiers Solidarités et Santé n°4, 119 p.

³³ Yvon BERLAND, avril 2005, *op. cit.*, p. 22.

Lors d'un déplacement à Bourges, en juin 2008, le président de la République a réaffirmé son désir de voir s'installer les médecins « *là où il n'y en a pas et dans des spécialités où on en a besoin* »³⁵. Toutefois, les modalités d'incitation et de désincitation ne sont pas connues et n'apparaissent pas dans le projet de loi HPST. Enfin, il peut être espéré que la réflexion sur les besoins en effectifs médicaux se développe pour chaque spécialité et que cette analyse devienne un critère fondamental pour fixer le nombre d'internes admis à accéder dans les différentes spécialités – comme le font déjà les Pays-Bas et le Québec³⁶.

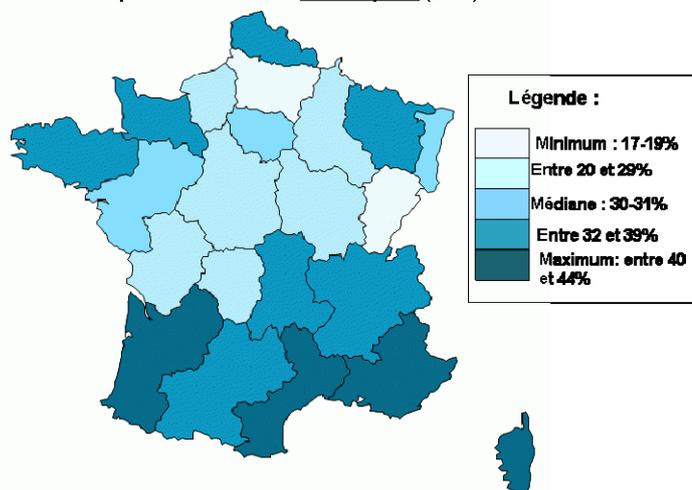
Ainsi, des pistes existent pour amoindrir la baisse des effectifs médicaux. Il n'est cependant pas certain que l'hypothèse sous-jacente de la constance des comportements présidant au choix du mode d'exercice se confirme, dans un contexte où les médecins se détournent de l'hôpital public.

1.1.2 Des concurrents et de nouvelles aspirations qui détournent les médecins de l'hôpital public

A) Une concurrence impitoyable du secteur privé

La situation concurrentielle vis-à-vis du secteur privé diffère selon les régions, ce qu'illustre le *graphique n°4*.

Graphique n°4 – Proportion des médecins travaillant en établissement de santé qui exercent dans le secteur privé (2006)



Source: données SAE 2006
Source cartographique : Artique

³⁴ Le projet de loi HPST sera discuté à l'Assemblée nationale en octobre 2008.

³⁵ Citation du discours du président de la République, in : Christophe GATTUSO, 18 juin 2008, « Installation : Sarkozy prêt à des décisions fortes – incroyables, les jeunes médecins demandent des éclaircissements », *Le Quotidien du Médecin*, n°8394, p. 3.

³⁶ Documents du travail du Sénat, *La démographie médicale*, mai 2008, série législation comparée, p. 8.

Ainsi, dans des régions où une proportion importante des médecins travaillant en établissement exerce dans un établissement privé, il sera plus difficile pour les hôpitaux publics de recruter des médecins qui ont alors plus facilement le choix entre les deux secteurs, sauf à ce que ces établissements publics se situent dans des régions du sud de la France et dans des centres urbains particulièrement attractifs. Mis en parallèle avec une densité médicale hospitalière faible, une importante proportion de médecins exerçant en établissement privé démontre une concurrence forte entre les deux secteurs pour attirer les faibles effectifs de médecins.

Quand bien même la proportion de médecins exerçant dans les établissements privés diffère selon les régions et même au sein des régions, il n'en demeure pas moins que la concurrence du privé est perçue par les établissements enquêtés comme une des raisons principales des problèmes de recrutement des hôpitaux publics, après des explications concernant la localisation géographique et le contexte propre à l'établissement³⁷. Le secteur privé s'inscrit en idéal par rapport à l'anti-modèle constitué par l'exercice de la médecine à l'hôpital caractérisé par la bureaucratie, la pesanteur de la hiérarchie, l'impossibilité de la reconnaissance du travail ou du mérite au profit de l'ancienneté, « *l'exploitation des hospitaliers par les chefs de services dans les CHU* »³⁸. Le secteur privé est à l'inverse associé aux représentations positives du dynamisme, de l'efficacité, de l'indépendance et de la reconnaissance du travail. Surtout, il dispose des deux principaux arguments que ne possède pas le secteur public pour attirer les médecins : des rémunérations plus conséquentes et des conditions de travail plus confortables.

a) Un secteur privé plus rémunérateur

Le directeur d'hôpital doit respecter les grilles de rémunération telles qu'elles sont fixées dans le code de la santé publique. Une souplesse lui a été accordée : il peut rémunérer des praticiens contractuels au 4ème échelon de la grille de praticien hospitalier majoré de 10%.

Les établissements privés n'ont pas à respecter de telles règles. Si les médecins sont souvent salariés dans les établissements à but non lucratif, ceux à but lucratif attirent des médecins sur un statut de médecin libéral, de sorte que le médecin génère sa propre rémunération de par son activité propre. Les salaires offerts par le privé peuvent

³⁷ Respectivement 31% et 48% des répondants (sur 48 répondants à cette question). Voir **ANNEXE 1**.

³⁸ Paul BOUFFARTIGUE, Jacques BOUTEILLER, juin 2005, *Les conditions de travail des médecins – intérêts et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux*, Série Etudes de la DREES n°50, p. 50.

ainsi être extrêmement attractifs, particulièrement pour des jeunes médecins dynamiques et réalisant de nombreux actes.

Ces rémunérations du privé portent préjudice aux hôpitaux publics, notamment en ce qui concerne les **spécialistes en radiologie**. Dans notre enquête, **plus de deux tiers des établissements répondants peinent à recruter dans cette spécialité**, qui est l'illustration même de la spécialité pour laquelle le secteur privé constitue un concurrent impitoyable. En effet, les radiologues libéraux sont les spécialistes qui ont le salaire annuel le plus élevé soit 198 500€³⁹ contre 61 620€ brut pour un PH au 7ème échelon avec plus de dix années d'expérience. Même s'il faut en soustraire les charges, et quand bien même celles-ci s'élèveraient à près de 58,4% du revenu⁴⁰, la rémunération desdits radiologues (plus de 82 000€) est loin d'être négligeable.

b) Des contraintes plus légères concernant la permanence des soins

Si la continuité des soins incombe à tous les établissements publics et privés, la permanence des soins repose, jusqu'à présent, presque exclusivement sur les hôpitaux publics. Elle incombe à tout praticien hospitalier⁴¹ et est source de contraintes non négligeables, soit sous la forme de gardes sur place ou d'astreintes à domicile.

Ces contraintes sont d'autant plus importantes que les équipes médicales sont réduites, par manque d'attractivité du service, ou plus largement de l'hôpital et de son territoire. Ainsi, dans certaines zones peu attractives, comme par exemple le territoire de santé « littoral »⁴² dans le Nord-Pas-de-Calais, les anesthésistes-réanimateurs doivent chacun prendre en moyenne 120 gardes et/ou astreintes par an⁴³, soit une tous les trois jours. Or, ces contraintes, correspondant à une obligation de service, sont parfois mal vécues par les praticiens. Dans un établissement de moins de 500 lits situé en Midi-Pyrénées, certains praticiens qui ont une vingtaine d'années d'expérience refusent de faire des astreintes et menacent de quitter l'établissement pour s'installer dans le secteur privé. La ligne d'astreintes de cardiologie est donc incomplète depuis un an.

³⁹ Estimation pour l'année 2006, in : Hélène FRECHOU, François GUILLAUMAT-TAILLIET, juin 2008, « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 », *Etudes et résultats*, n°643, 8 p.

⁴⁰ *Idem*.

⁴¹ Seuls les praticiens en mi-temps thérapeutique sur leur demande ou les praticiens faisant l'objet d'une décision temporaire de cessation de participation à la permanence des soins émanant du préfet sont dispensés de cette mission, qui constitue une des obligations des médecins exerçant à l'hôpital. (cf. Article 9C de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé).

⁴² Dans laquelle sont situés les centres hospitaliers de Calais, Boulogne sur Mer, Dunkerque, Montreuil sur mer.

⁴³ Olivier BARREAU, Benoît VALLET, Fabrice LEBURGUE, février 2008, « Nord-Pas-de-Calais – une approche régionale de la démographie médicale », *Revue Hospitalière de France*, n°520, pp. 18-23.

c) Un attrait pour le secteur privé susceptible d'être contré ?

Actuellement, la possibilité accordée aux praticiens hospitaliers d'avoir une activité libérale à l'hôpital ne semble plus suffisante pour attirer des jeunes médecins à l'hôpital public. De la même manière, la mise en place, en 2001, des postes à recrutement prioritaire⁴⁴ dans des zones déficitaires, pour lesquels une allocation de 10 000 € est attribuée contre un contrat d'engagement à exercer pendant cinq ans dans l'établissement, ne semble pas avoir démontré son efficacité.

L'attrait retrouvé du secteur public semble passer par l'introduction de davantage de souplesse dans la rémunération des médecins. En effet, celle-ci tout en déconnectant les actes du revenu du médecin et en rémunérant des tâches non directement liées aux soins, se fait à l'ancienneté et n'est donc gage ni d'une grande attractivité ni d'une intense productivité. Une souplesse a été esquissée avec la « part de rémunération complémentaire variable »⁴⁵ pour les chirurgiens, étendue à l'ensemble des spécialités, qui peut représenter jusqu'à 15% de la rémunération. En contrepartie, les praticiens s'engagent contractuellement sur des objectifs d'activité et de qualité.

Une unification des modalités de rémunération des chirurgiens pourraient être prévue si les pouvoirs publics suivent les recommandations des professeurs VALLANCIEN, AUBART et CUQ⁴⁶, en instaurant le « contrat d'exercice global de la chirurgie ». Ce dernier a vocation à baser la rémunération des chirurgiens sur un paiement à l'acte complété par un forfait rétribuant la permanence des soins et autres tâches, quel que soit le mode d'exercice du chirurgien qui s'engage sur des objectifs d'activité. Si ce contrat est mis en place et généralisé, la concurrence du privé n'interviendra plus tant sur les salaires que sur les compétences des équipes et la richesse du plateau technique, déterminant le(s) lieu(x) d'exercice des chirurgiens.

Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires s'inscrit dans ce renforcement de l'attractivité de l'hôpital public via les rémunérations. Serait prévue la modulation des rémunérations sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien notamment d'activité, de sorte que la rémunération du praticien comporterait une part fixe et une part variable – qui pourrait représenter jusqu'à 70% de la part fixe ! C'est la solution évoquée pour le recrutement de praticiens « *dans les spécialités confrontées à des difficultés de recrutement* ». Il reste à savoir si les hôpitaux qui ont des difficultés à recruter pourront s'offrir et offrir de tels contrats aux candidats !

⁴⁴ Article R.6152-5 CSP.

⁴⁵ Article R.6152-23 CSP (PH temps plein) ; article R.6152-220 (PH temps partiel).

⁴⁶ Guy VALLANCIEN, François AUBART, François CUQ, mars 2008, *Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ?*, 31 p.

B) Un changement dans la représentation du métier des jeunes médecins

Les jeunes générations de médecins ne conçoivent plus d'une manière aussi prégnante que leurs aînés leur travail comme un « sacerdoce », pour lequel ils seraient disponibles de manière permanente, se dévoueraient de manière inconditionnelle à leurs patients, quitte à sacrifier leur vie personnelle et familiale.

Aussi, les jeunes médecins prennent de la distance avec cet « ethos » professionnel classique⁴⁷. La disponibilité au travail n'apparaît plus si essentielle. Sans pour autant réduire de manière drastique leur temps de travail, ils tiennent à libérer des plages horaires pour leur temps personnel ou à défaut souhaitent des coupures franches entre leur temps de travail et leur temps personnel. Cela ne semble pas être tant dû à la féminisation⁴⁸ de la profession – les femmes travaillant en moyenne de 4 à 6h de moins que leurs confrères masculins par semaine⁴⁹, qu'aux évolutions sociétales. Tous genres confondus, les jeunes médecins aspirent à une certaine qualité de vie, ce qui explique la défection pour des spécialités, notamment chirurgicales, associées à des contraintes de temps de travail, de disponibilité et de pénibilité, ainsi que pour la carrière hospitalo-universitaire en raison de la difficulté anticipée du parcours et de la disponibilité temporelle qu'elle exige et à l'inverse, le choix pour l'exercice salarié et surtout la priorité donnée à l'activité programmable.

Les jeunes médecins souhaitent pouvoir concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle, de couple et familiale. Cette conciliation impose de plus en plus la nécessaire gestion de deux carrières, celle du médecin et celle de son conjoint, de sorte que le choix d'installation devient moins un choix professionnel *stricto sensu* qu'un choix de couple. Ainsi, il correspondra à différentes attentes, parmi lesquelles l'épanouissement personnel du jeune médecin et de sa famille, une localité compatible avec la profession du conjoint et la possibilité donnée d'exercer le mieux possible sa profession⁵⁰. Ces considérations dictent alors souvent une installation dans une grande ville, si possible universitaire, qui offre davantage de loisirs, de débouchés professionnels pour le conjoint et de structures d'accueil ou scolaires pour la progéniture.

⁴⁷ Magali ROBELET, Nathalie LAPEYRE-SAGESSE, Emmanuelle ZOLELIO, janvier 2006, *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins – genre, carrière et gestion des temps sociaux : le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans*, note de synthèse pour le Conseil national de l'Ordre des médecins, p. 1.

⁴⁸ Plus de 60% des étudiants de médecine au sortir de l'examen classant national (ECN) en 2007 étaient des femmes.

⁴⁹ CNOM – Commission jeunes médecins, juin 2007, *Rapport de la Commission jeunes médecins*, p. 6.

⁵⁰ CNOM – INSTITUT BVA, mars 2007, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*, p. 16.

En définitive, tant la démographie médicale et les déséquilibres dans la répartition territoriale et entre les spécialités des médecins, que la concurrence du privé et les mutations dans les aspirations des jeunes médecins⁵¹, amènent les hôpitaux publics à être confrontés à des difficultés de recrutement plus ou moins majeures.

Face à ce constat d'absence de candidats, les solutions ne sont pas pléthore pour les managers hospitaliers : soit l'abandon de certaines spécialités, au secteur privé lorsqu'il existe et peut y faire face, à défaut à d'autres territoires, soit la recherche de substituts à ces médecins. Ces médecins de substitution appartiennent à deux catégories :

- d'une part, les *personnels médicaux intérimaires ou « mercenaires »*⁵², remplissant les conditions d'exercice de la médecine mais pratiquant des tarifs exorbitants de l'ordre de 3 000 € pour une garde de 24h (et le repos de sécurité de 24h qui s'en suit). Ainsi, au CHR d'Orléans, la ligne budgétaire pour l'intérim médical s'est élevée à 350 000 € sur l'exercice 2007.
- d'autre part, les *personnels médicaux diplômés à l'étranger* qui, ou bien ne remplissent pas toutes les conditions d'exercice, en possession d'un diplôme extracommunautaire, ou bien profitent de la liberté de circulation au sein de l'Union européenne pour s'installer dans les hôpitaux qui font appel à eux.

Bien évidemment, un tiers des établissements répondants préfèrent recruter des médecins à diplôme étranger en faisant le choix du moindre mal, ce qui leur permet d'éviter le recours à des personnels intérimaires.

Somme toute, les médecins à diplôme étranger sont recrutés par défaut dans des établissements qui ne parviennent pas à recruter des diplômés français et qui ne font pas le choix de recruter des intérimaires. Confrontés à l'obligation d'assurer la continuité et la permanence des soins, les managers hospitaliers adaptent parfois la réglementation les concernant au contexte local de l'établissement, dans lequel ils peuvent être de véritables « chevilles ouvrières ».

⁵¹ L'enquête FHF-TNS SOFRES montre que moins de la moitié des étudiants de médecine sondés envisagent leur avenir à l'hôpital.

⁵² Philippe HOUDART, François MALYE, Jérôme VINCENT, 28 août 2008, « Les mercenaires de l'hôpital », *Le Point*, n°1876, pp. 82-83.

1.2 Des médecins à diplôme étranger, « chevilles ouvrières » des hôpitaux publics dans un contexte d'insécurité juridique

Il convient dans cette partie, d'opérer une distinction nette entre les médecins diplômés dans l'Union européenne, qui, de par la reconnaissance automatique de leurs diplômes, exercent dans les mêmes conditions que leurs confrères français, et les **praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE)** qui, tant que leurs diplômes ne sont pas reconnus, sont recrutés sur un statut d' « associé ». Ce sont ces seuls PADHUE – qui nous intéresserons dans cette partie.

Si la réglementation est parfaitement précise dans son objectif d' « autosuffisance nationale » par l'interdiction d'embaucher des médecins diplômés en dehors de l'Union européenne, elle l'est beaucoup moins dans l'énoncé des missions dévolues à ces praticiens « associés », et de l'organisation de leur pratique quotidienne au sein des hôpitaux⁵³. Ainsi, ces praticiens, qui n'ont pas la plénitude d'exercice de la médecine en France ne peuvent être recrutés qu'en tant que **faisant fonction d'interne (FFI), assistant associé** ou **praticien attaché associé**, tant qu'ils n'ont pas satisfait à des épreuves visant à la reconnaissance de leurs diplômes, leur permettant ensuite de se voir octroyer l'autorisation d'exercer la médecine en France. Ils n'ont pas les mêmes droits et obligations que leurs confrères inscrits au Conseil de l'ordre.

Par ailleurs, lorsque la réglementation est imprécise, elle est interprétée selon les besoins de l'établissement (1.2.1) et, lorsqu'elle est très précise, elle est souvent contournée par les hôpitaux publics qui l'adaptent à la situation locale (1.2.2), plaçant ainsi médecins et établissement dans un contexte d'insécurité juridique.

1.2.1 Une réglementation floue interprétée selon les besoins des établissements

La réglementation concernant la pratique quotidienne des médecins à diplôme extracommunautaire apparaît comme étant insuffisamment précise, tout particulièrement dans les missions dévolues à ces médecins dits « associés » (A). Cette insuffisance des textes a pour conséquence une interprétation à géométrie variable selon les établissements, ce que révèle tout particulièrement l'analyse des droits de prescription des praticiens associés (B).

⁵³La circulaire DGS/OD/DH n°92-322 du 2 octobre 1992 qui définissait le cadre du recrutement des PADHUE n'a plus vocation à s'appliquer après l'édiction d'un cadre législatif et réglementaire, à partir des dispositions de la loi n°99-641. La circulaire DHOS/MA/M2/DPM/DMI2 n°2007-85 du 1er mars 2007 relative aux conditions d'exercice et de recrutement en France des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens ne consacre qu'une phrase à la pratique quotidienne de ces médecins.

A) L'imprécision des missions des praticiens associés

Le code de la santé publique (CSP)⁵⁴ ne comporte aucune ambiguïté sur les missions que doivent exercer les praticiens hospitaliers : « *ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier* ». De la même façon, les internes « *exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* » et les assistants « *des fonctions de diagnostic, de soins et de prévention* ». Un peu moins précisément, les praticiens attachés « *exercent des fonctions hospitalières et participent aux missions du service public hospitalier* ».

Cependant, lorsqu'on s'intéresse aux statuts des praticiens associés, ce n'est plus la précision qui caractérise l'énoncé de leurs missions. Certes, les textes précisent qu'ils exercent « **sous la responsabilité directe** » « *du chef de service* »⁵⁵ ou « *du responsable de la structure médicale dans laquelle ils sont affectés* »⁵⁶ **ou** « **par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève** »⁵⁷.

Mais le contenu même des missions qui leur incombent est nettement plus sibyllin. L'article R.6152-538 CSP stipule que « *les assistants associés **exercent leurs fonctions** sous la responsabilité directe du chef de service* ». Pour autant, aucun article spécifique aux assistants associés ne précise quelles sont réellement les fonctions exercées. Certes, seulement 21% des médecins à diplôme extracommunautaires déclarés dans notre enquête⁵⁸ sont recrutés sur un tel statut, mais il est remarquable que les missions de ces médecins ne soient pas mieux définies. Les praticiens attachés associés « *peuvent **exécuter des actes médicaux (...) de pratique courante*** »⁵⁹, sans plus de précision. En définitive, il semble que ce sont les faisant fonction d'interne qui soient les mieux lotis puisque les dispositions relatives aux missions des internes s'appliquent⁶⁰ : les faisant fonction d'interne « *exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* »⁶¹.

⁵⁴ Respectivement : article R.6152-2 CSP (PH), article R.6153-3 CSP (internes), article R.6152-504 CSP (assistants), article R.6152-601 CSP (praticien attaché).

⁵⁵ Article R.6152-538 CSP.

⁵⁶ Article R.6152-632 CSP.

⁵⁷ Article R.6153-3 CSP.

⁵⁸ Dans l'enquête de la DHOS sur les médecins à diplôme hors Union européenne réalisée en mars 2007, pour laquelle 671 établissements publics et 199 PSPH ont répondu, les assistants associés ne représentaient que 12,2% de l'ensemble des médecins à diplôme extracommunautaire, soit 743 assistants associés. Dans notre enquête pour laquelle seuls 65 établissements ont répondu, on recense 290 assistants associés...

⁵⁹ Article R.6152-632 CSP.

⁶⁰ Article R.6153-44CSP : « *Les dispositions (...) des articles R.6153-3 à R.6153-7 (...) sont applicables aux étudiants faisant fonction d'interne (...)* ».

⁶¹ Article R.6153-3 CSP.

	FAISANT FONCTION D'INTERNE (FFI)	ASSISTANT ASSOCIÉ	ASSISTANT ASSOCIÉ LAURÉAT PAE⁶²	PRATICIEN ATTACHÉ ASSOCIÉ
Conditions nécessaires pour le recrutement	Diplôme de docteur en médecine préparant les diplômes d'AFS ou d'AFSA ou DFMS ou DFMSA ⁶³	Diplôme de docteur en médecine obtenu dans un pays n'appartenant ni à l'Union européenne, ni à l'Espace Economique Européen		
	Etudiants en médecine ressortissants UE/EEE ayant validé les six premières années de médecine	Avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004	Réussite aux épreuves d'examen (ou de concours) de la PAE	Avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004
Lieu d'exercice	« services agréés pour recevoir des internes »	Centres hospitaliers, hôpitaux locaux; <i>dans les CHU, seulement dans les services de biologie</i>	« services agréés pour recevoir des internes »	« service public hospitalier »
Durée du contrat	6 mois	maximum 1 an	3 ans	maximum 2 ans
Caractère renouvelable du contrat	dans la limite de 2 ans	dans la limite de 6 ans de fonctions comme assistant associé => changement de statut = praticien attaché associé	à l'issue des 3 ans, passage devant la commission d'autorisation pour obtenir le droit d'exercer ; si obtention => fin du statut "associé"	pas de limite après un renouvellement, contrat de 3 ans renouvelable par tacite reconduction
Modalités d'exercice	« <i>par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève</i> »	« sous la responsabilité directe du chef de service »	« sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés »	« sous la responsabilité directe du responsable de la structure où [il est affecté] »
Périmètre d'exercice	« <i>exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins</i> »	« <i>Exercent leurs fonctions</i> »	« <i>Exercent leurs fonctions</i> »	Peuvent exécuter « <i>des actes médicaux de pratique courante</i> »
Droit à l'exercice à temps partiel	NON	OUI	NON	OUI
Droit aux RTT	NON	OUI	NON	OUI
Droit aux jours congés formation	NON	OUI	NON	OUI
Rémunération 1er échelon	1410,22 € non logé, non nourri	1730,42€ (généralistes) ; 2013,04 € (spécialistes)		2 031,32 €
Rémunération maximale	1410,22 € non logé, non nourri	2191,36 € (généralistes) ; 2482,92 € (spécialistes)		3 793,43 € (12ème échelon, soit après 24 ans)

Tableau n°1 – Caractéristiques des statuts des praticiens à diplôme extracommunautaire ne disposant pas de la plénitude d'exercice

⁶² Ce statut d'assistant associé est réservé aux lauréats des épreuves visant à la reconnaissance de leurs diplômes, dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE). Les lauréats des épreuves de vérification des connaissances doivent exercer des fonctions hospitalières pendant trois ans sous un statut d'assistant associé « aménagé » mais peuvent en être dispensé s'ils ont déjà exercé de telles missions avant la présentation des épreuves. La PAE sera détaillée dans le 2.2.3.

⁶³ Voir ANNEXE 4 pour des renseignements plus précis sur ces formations, notamment les innovations du nouveau système DFMS/DFMSA qui succède aux AFS/AFSA à partir de la rentrée 2009/2010.

A cette imprécision des fonctions exercées par les praticiens associés, s'ajoutent des disparités réelles entre les statuts, dévoilées par le *tableau n°1* qui met en lumière les caractéristiques essentielles associées aux principaux statuts⁶⁴ sur lesquels il est possible de recruter un PADHUE. Ces disparités ne sont pas toujours compréhensibles, comme la distinction opérée entre l'assistant associé « classique » et l'assistant associé lauréat de la procédure d'autorisation d'exercice. En effet, le second a passé des épreuves sélectives pour se voir reconnaître l'autorisation d'exercer en France et donc être inscrit auprès du conseil de l'ordre comme ses confrères français. Or, il bénéficie de moins d'avantages (en termes de congés au titre de la réduction du temps de travail ou de congés de formation, ou d'exercice à temps partiel) que son collègue assistant associé classique qui n'est pas encore entré dans la dynamique de faire reconnaître son diplôme.

En définitive, les PADHUE sont recrutés dans les hôpitaux publics sur des statuts différents. Ils exercent sous la responsabilité directe d'un médecin senior des missions non définies par les textes qui peuvent donc varier selon les services et les hôpitaux.

B) De l'interprétation d'une réglementation insuffisamment précise : l'exemple des prescriptions médicamenteuses

a) D'une interdiction réglementaire à l'appréciation du chef d'établissement

Le droit de prescrire des médicaments n'était pas accordé aux praticiens associés par l'arrêté du 9 août 1991, qui, par l'expression « *les médicaments contenant des substances vénéneuses ne peuvent être prescrits que par...* »⁶⁵, listait de manière exhaustive les prescripteurs, dont ils ne faisaient pas partie. Or, cet arrêté a été abrogé par l'arrêté du 31 mars 1999⁶⁶, qui lui a substituée une toute autre formule donnant le pouvoir d'appréciation et par la même la responsabilité de la détermination des

⁶⁴ Le tableau n'évoque pas les *praticiens adjoints contractuels* car ce statut est en voie d'extinction : il n'est plus possible de recruter un nouveau médecin à diplôme extracommunautaire sur ce statut. Dans notre enquête, 22 PAC ont été comptabilisés dans les 65 établissements qui ont répondu. Il n'est pas non plus question des statuts spécifiques au CHU, tels que les *chefs de clinique associés des universités* et les *assistants associés des universités*, qui sont chargés de fonctions hospitalières, en raison du faible nombre d'établissements et de personnes concernées. De plus, les missions de recherche et d'enseignement peuvent ne laisser que peu de place à l'exercice clinique.

⁶⁵ Arrêté du 9 août 1991 portant application de l'article R. 5203 du code de la santé publique dans les établissements mentionnés à l'article L. 577 du même code.

⁶⁶ Article 2 de l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique.

prescripteurs au chef d'établissement : « **le représentant légal de l'établissement établit la liste des personnes habilitées**, en vertu de la législation et de la réglementation en vigueur, **à prescrire des médicaments** soumis à la réglementation des substances vénéneuses (...) ». Cette extension de la liste des prescripteurs a notamment été confirmée dans l'article R.5121-88 CSP⁶⁷, qui permet la prescription des médicaments à prescription initiale hospitalière, « a) à un médecin⁶⁸, (...) c) dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, **à toute autre personne habilitée à prescrire agissant sous la responsabilité d'un responsable de pôle ou, sur délégation de celui-ci**, d'un responsable d'une structure interne du pôle, à l'exclusion des unités fonctionnelles ; (...) ». Aussi, **il revient au directeur d'établir la liste des personnes habilitées à prescrire**. Cette liste peut compter des praticiens associés, puisque ces derniers exercent sous la responsabilité directe du praticien dont il relève, quand bien même la circulaire du 1^{er} mars 2007 indique que les médecins associés « ne sont pas habilités à prescrire ni à établir des certificats », alors même qu'il n'existe plus de fondement juridique à une telle disposition.

L'intérêt de la liste de prescripteurs est majeur pour le pharmacien, à qui cette liste est communiquée puisqu'elle doit permettre l'identification des prescripteurs, de sorte que la liste comporte « le nom, la qualité, le cas échéant les spécialités, les qualifications ou les titres, et la signature de ces personnes »⁶⁹. La question qui se pose est de savoir de quelle manière le directeur établit cette liste. Faut-il décider que tous les médecins ont le droit de prescrire ou nuancer ces droits pour les praticiens associés ?

Au **Centre hospitalier régional d'Orléans**, il est revenu au comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) et à son comité des examens diagnostics la rédaction d'un protocole « prescription médicale ». Aussi, c'est la communauté médicale elle-même qui a décidé de la qualité des prescripteurs et du droit de prescription qui est donné à chacun⁷⁰. Ont été déterminés des « prescripteurs sans limitation », à savoir les praticiens inscrits au tableau de l'Ordre, et des « prescripteurs sur délégation du chef de service », à savoir les internes, les assistants associés et les praticiens attachés associés, ainsi que les faisant fonction d'interne. Ces prescripteurs sur délégation n'ont pas l'autorisation de prescrire des stupéfiants, ni des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang, ni des médicaments à autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ni ceux pour les essais cliniques, ni les médicaments de rétrocessions et n'ont pas le droit de faire les prescriptions de sortie.

⁶⁷ Cet article a été modifié par l'article 1 du décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ce décret n'a pas modifié la détermination des prescripteurs qui y est opérée.

⁶⁸ L'article R.5121-88 CSP renvoie également « au I de l'article 60 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle » qui évoque les médecins à diplôme extracommunautaire autorisés individuellement à exercer la profession de médecin, après la réussite de la procédure d'autorisation d'exercice.

⁶⁹ *Idem*.

⁷⁰ Voir en **ANNEXE 5**, le tableau récapitulatif des prescripteurs autorisés de la procédure interne au CHR d'Orléans concernant la prescription médicale.

b) Des pratiques divergentes selon les établissements

L'imprécision de la réglementation conduit à des pratiques variées. Certains hôpitaux, dans le cadre de notre enquête, ont indiqué qu'il serait nécessaire d'actualiser la circulaire n°92-322 qui ne s'applique plus. Dans 8% des établissements (dont un CHU) les praticiens associés n'ont pas le droit de prescrire des médicaments.

Cependant, les pratiques de prescription ne semblent pas toujours être connues des directions. Ainsi, pour un établissement alsacien, « *il n'y a pas de droit de prescription en théorie, mais sur le terrain, c'est sûrement différent* ». Si 95% des établissements participant à l'enquête ont répondu sur les modalités de prescription des différents praticiens associés, la proportion de répondants tombe à 86%, 82% et 72% lorsqu'il s'agit de préciser le périmètre et l'étendue du droit de prescription. Certains établissements ont clairement indiqué qu'« *[ils] ne [savent] pas* » ; un établissement a précisé qu'« *[il] ne [souhaitait] pas répondre à cette partie du questionnaire* ».

La majorité des établissements (52%) permet la prescription aux praticiens associés sur **délégation expresse** du chef de service, ce qui lui permet d'évaluer le travail du médecin avant de décider de son aptitude à prescrire ou non. Un quart des établissements ont instauré un système de délégation automatique dans lequel la délégation est signée de manière systématique par le praticien dont relèvent les praticiens associés. **Dans 14% des hôpitaux répondants (dont un CHU), les praticiens associés prescrivent librement, sans qu'aucune délégation ne soit requise.** Les établissements opèrent fréquemment une distinction en fonction des statuts⁷¹ : les praticiens associés ont alors une plus grande liberté de prescription que les FFI.

Concernant le *périmètre du droit de prescription*, les praticiens associés ont généralement le même périmètre que les internes (52% des établissements). Ce périmètre est conséquent dans 53% des hôpitaux, dans lesquels les praticiens associés prescrivent tous les médicaments sans limitation. Derrière ces différences, apparaissent également des disparités dans les droits de prescription des internes, de sorte qu'il apparaît que les droits de prescription mériteraient d'être mieux précisés, à la fois pour les praticiens associés, les FFI et les internes.

⁷¹ Un établissement fait curieusement varier les droits en fonction de chaque statut. Ainsi, les assistants associés prescrivent librement, les praticiens attachés associés sur délégation automatique, les faisant fonction d'interne sur délégation expresse et les assistants associés lauréats des épreuves de la procédure d'autorisation d'exercice n'ont pas le droit de prescrire. Cette distinction n'est pas forcément compréhensible : les lauréats PAE ont été reçus aux épreuves de validation de leurs connaissances et sont sur la voie d'une plénitude d'exercice, contrairement aux praticiens relevant des trois autres statuts.

1.2.2 Un contexte local sous tension conduisant au non-respect de la réglementation : l'exemple des gardes et astreintes

L'extrême précision de la réglementation concernant les praticiens associés se rencontre particulièrement en matière de continuité et de permanence des soins, pour les gardes et astreintes. Tous les établissements n'ont pas la possibilité d'appliquer strictement cette réglementation par manque d'effectif médical ou n'estiment pas justifiée une telle précision. Pour autant, l'adaptation de la réglementation au contexte local, autrement dit le non-respect de la réglementation (A), a des conséquences non négligeables pour le chef d'établissement (B).

A) Une réglementation précise sur la participation à la permanence des soins des médecins ne disposant pas de la plénitude d'exercice

La participation à la continuité des soins la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés vise à assurer la sécurité des patients hospitalisés et des patients admis en urgences. Elle correspond à une obligation de service⁷² des praticiens hospitaliers, des praticiens contractuels, des assistants, des praticiens attachés et des internes. Elle est organisée, pour l'ensemble de l'hôpital ou par secteurs. Elle est assurée soit sur place, soit par une astreinte à domicile⁷³ qui peut donner lieu à un déplacement. Les praticiens précités participant à la continuité des soins effectuent indistinctement ou bien des gardes sur place, ou bien des astreintes à domicile, en fonction de l'organisation qui a été définie pour le service dans lequel ils exercent.

Tel n'est pas le cas pour les praticiens associés. Les praticiens attachés associés et les assistants associés voient leur participation « limitée à un **appui de la permanence sur place ou de l'astreinte à domicile effectuées par les personnels médicaux (...) statutairement habilités à y participer** »⁷⁴. Surtout, « associés à la continuité des soins (...) assurée sur place »⁷⁵ ou « appelés à collaborer à la continuité des soins (...) organisée sur place »⁷⁶, **les praticiens associés « ne peuvent pas effectuer d'astreintes à domicile »**⁷⁷. Aucun texte n'explique cette distinction entre les deux

⁷² Respectivement : article D.6152-23 CSP (PH) ; article R.6152-408 CSP (praticiens contractuels) ; article R.6152-505 CSP (assistants) ; article R.6152-607 CSP (praticiens attachés) ; article R.6153-2 CSP (internes).

⁷³ Sont distinguées les astreintes opérationnelles dans les activités qui donnent lieu régulièrement à des appels et les astreintes de sécurité dans les activités qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents.

⁷⁴ Article 9D de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁷⁵ Article R.6152-38 CSP.

⁷⁶ Article R.6152-632 CSP.

⁷⁷ Article 10C de l'arrêté du 30 avril 2003 précité.

modalités de permanence des soins pour les praticiens associés : cela tient-il à une crainte de leur moindre aptitude à diagnostiquer par téléphone ? Quant aux faisant fonction d'interne⁷⁸, ils interviennent selon les mêmes modalités que les internes⁷⁹, en effectuant uniquement des gardes sur place.

La réglementation est claire : les praticiens associés font des gardes sur place sous la responsabilité directe du praticien dont ils relèvent, comme l'exige leur statut : un autre praticien doit alors être joignable en cas de problème qui ne pourrait pas être résolu⁸⁰. Cependant, ils n'ont pas le droit de faire des astreintes, ce qui pose problème dans les services dont la permanence des soins est organisée en astreinte.

B) Des aménagements locaux aux conséquences non négligeables pour le décideur hospitalier

a) Des aménagements locaux en contradiction avec la réglementation

Si la réglementation est précise, son application l'est moins.

Concernant les *gardes sur place*, pour 70% des établissements ayant répondu à cette question⁸¹, les praticiens associés font des gardes sur place avec un senior joignable à tout moment durant la garde. Ce senior est soit également en garde sur place, soit en astreinte à domicile. Pour autant, si la grande majorité des établissements respecte la réglementation, il n'en demeure pas moins que **dans 20% des établissements ayant répondu, le praticien associé réalise une garde sur place sans doublure d'un senior**, ce qui est parfaitement contraire à la réglementation.

Concernant les *astreintes à domicile*, moins d'un tiers des établissements ayant répondu (27%) respectent l'interdiction réglementaire des astreintes réalisées par des praticiens associés. Dans 57% des cas, l'astreinte du praticien associé est toutefois réalisée, avec une doublure par un senior joignable ; ce médecin senior est alors rémunéré dans plus de 40% des établissements. Pour autant, des établissements vont davantage encore à l'encontre de la réglementation, puisque dans 16% des établissements, non seulement les praticiens associés réalisent des astreintes, mais ils le font seuls, sans aucune doublure.

⁷⁸ Article R.6153-44 CSP.

⁷⁹ Article R.6153-2 CSP. Les modalités précises d'organisation de ces gardes sont définies dans l'arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité.

⁸⁰ Il est remarquable que cette disponibilité du senior prend souvent exclusivement la forme d'un nom d'un autre médecin rajouté sur la liste de garde aux côtés du praticien associé.

⁸¹ 59 établissements sur 65 ont répondu à cette question. Dans 10% de ces établissements, il n'y a pas de garde sur place des praticiens associés.

b) Les raisons du non-respect de la réglementation sur les gardes et astreintes

L'application d'une réglementation non cohérente par la distinction de la participation des praticiens associés selon qu'il s'agisse d'une garde ou d'une astreinte peut expliquer le non-respect de la réglementation. La logique voudrait que les praticiens associés soient considérés ou bien capables ou bien incapables de participer à la permanence des soins.

Pour autant, il s'agit davantage d'une réaction dictée par le contexte local qui rend difficile la réalisation de listes de garde et de lignes d'astreintes complètes. Ainsi, l'établissement du sud-ouest qui avait des difficultés pour compléter ces lignes d'astreinte de cardiologie, devant le refus des praticiens expérimentés de les assurer selon la fréquence nécessaire, a dû recruter un médecin à diplôme étranger sur un statut de praticien associé qui, ainsi, complète les lignes d'astreintes, même si cela n'est pas réglementaire. De la même façon pour les gardes, il peut être particulièrement « *difficile de faire observer une seniorisation systématique dans certains services particulièrement fragilisés* », comme cela est le cas au CH de Charleville-Mézières.

c) Un enjeu de responsabilité pour le directeur d'établissement

Face à ces difficultés, la responsabilité de la décision d'aller à l'encontre de la réglementation revient au directeur. Le choix n'est pas aisé à faire entre, d'une part le non-fonctionnement d'un service et les risques médico-légaux susceptibles de survenir en cas de listes de gardes ou de lignes d'astreintes incomplètes, et, d'autre part, le positionnement pour une garde sans doublure ou une astreinte d'un praticien associé. La dernière option pourra être choisie s'il s'agit d'un praticien associé qui a fait les preuves de son efficacité et de sa compétence tout en étant « associé ». La question est plus délicate, dans le cas où les confrères du praticien associé ne sont pas convaincus de son aptitude à gérer des cas complexes et graves auxquels il pourrait être confronté lors de sa participation à la permanence des soins. Dans ce cas, il n'est guère imaginable que le directeur prenne un tel risque – mais autant faut-il qu'il soit averti d'un tel risque, la « confraternité médicale » ne permettant pas toujours que de telles informations circulent jusqu'à la direction.

Qu'il accepte que les praticiens associés prennent des gardes et astreintes au mépris de la réglementation ou qu'il refuse de prendre ce risque mais ne permet plus aux praticiens de prendre leur repos de sécurité, le directeur reste responsable de la validation des tableaux de service et peut alors être exposé à des poursuites pénales en cas de problème médico-légal.

Ainsi, les médecins à diplôme étranger sont recrutés dans des établissements qui n'ont pas d'autres candidats, mais, dès lors qu'ils sont titulaires d'un diplôme extracommunautaire et recrutés en tant qu'associés, ils ne peuvent à eux seuls résoudre tous les problèmes. Ils peuvent même en amener d'autres, notamment concernant la prise de décision ou à défaut une « prise de risques » du directeur, lorsqu'il les autorise à faire des gardes et astreintes, dans des modalités interdites par la réglementation ou selon la manière dont une législation floue est interprétée au niveau de l'établissement. Il est incontestable que la réglementation des missions et de l'exercice quotidien des praticiens associés gagnerait à être précisée avec davantage de cohérence, afin de permettre une plus grande compréhension des textes, entraînant de fait une plus grande homogénéité des pratiques et une sécurisation juridique des situations individuelles.

* * *

Face aux difficultés de recrutement de personnel médical dans les hôpitaux publics, en particulier de ceux situés dans des zones isolées donc peu attractives, en raison des problèmes de démographie médicale et de disparités dans la distribution des médecins entre territoires, entre spécialités, mais également entre secteur d'activité, liés aux exigences des nouvelles générations de médecins, les établissements publics ont recruté des médecins à diplôme étranger. Cette main d'œuvre médicale étrangère a donc servi de variable d'ajustement dans les hôpitaux, et continue d'ailleurs à avoir cette fonction, d'autant plus que la réglementation floue sur ses missions laisse une large place à l'interprétation et que l'extrême précision des textes n'est pas de taille face aux circonstances locales qui peuvent acculer les directeurs à contourner la réglementation. Elle a cependant permis de pérenniser des inégalités de répartition de la ressource médicale française dont ne se sont donc pas préoccupées jusqu'à très récemment les pouvoirs publics. Pour autant, devant le renforcement des difficultés actuelles de recrutement, cette variable d'ajustement diplômée à l'étranger est devenue incontournable : **plus de 90% des établissements ayant répondu à notre enquête ont reconnu « ne pas pouvoir se passer des recrutements internationaux de médecins »**⁸². De par leur proportion et de par la complexité des règles qui leur sont associés, le recrutement international de médecins est source de réels défis pour le manager hospitalier, tant au niveau de la gestion de cette ressources médicale, qu'en termes de responsabilité, d'efficacité et d'éthique.

⁸² 64 répondants à cette question.

2 LE RECRUTEMENT INTERNATIONAL DE MEDECINS : UN DOUBLE DEFI EN MATIERE D'ETHIQUE ET D'EFFICACITE POUR LE DECIDEUR HOSPITALIER

Dans un contexte démographique contraint, le recrutement de médecins diplômés à l'étranger peut constituer une solution rapide – tout du moins beaucoup plus rapide que l'impact de la hausse du *numerus clausus* sur les effectifs médicaux en exercice, quand bien même l'autosuffisance nationale est prônée et que les seuls médecins pouvant être recrutés à l'international par les hôpitaux publics français sont les ressortissants communautaires diplômés dans l'Union européenne et les diplômés extracommunautaires ayant réussi les épreuves du concours de la procédure d'autorisation d'exercice⁸³. Pour l'OMS, le défi du recrutement international de médecins consiste à « *procéder à un recrutement efficace et respectant les normes éthiques* »⁸⁴. C'est donc ce double défi en matière d'éthique et d'efficacité qui va nous intéresser dans cette partie, en tenant compte du fait que les hôpitaux n'ont pas encore tous démontré leur capacité à le relever. Pour autant, dans un contexte sous tension, le décideur hospitalier ne peut faire l'économie d'une réflexion éthique (2.1), pas plus qu'il ne peut ne pas rechercher la plus grande efficacité dans ses recrutements internationaux de médecins (2.2).

2.1 Une éthique du recrutement à développer

« **Pourquoi parler d'éthique ?** » Cette répartition d'un interlocuteur, suite à une question sur la possibilité de recruter de manière éthique des médecins diplômés à l'étranger, paraît être une bonne entrée en matière pour ce développement sur l'éthique du recrutement, d'autant que, sans l'avoir exprimé aussi distinctement, d'autres directeurs n'ont pas été à l'aise lors de ce questionnement. Aussi, le terme « éthique » semble repousser, sans doute parce qu'il est trop souvent assimilé à un comportement moralisant voire moralisateur.

Or, il ne s'agit pas de dresser des interdits et de déterminer unilatéralement ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire, et de proposer une sanction à la transgression de ces interdits, ni même encore de plaider pour un code de déontologie managériale.

⁸³ Voir *infra*.

⁸⁴ OMS – REGION EUROPE, septembre 2007, *Investir dans le personnel de santé pour renforcer les systèmes de santé*, 4 p.

Cette partie va servir à appréhender les différentes conséquences qu'ont les recrutements internationaux de médecins, à la fois sur ces médecins, sur leurs pays d'origine, mais également sur les établissements et plus encore sur les décideurs hospitaliers. Aussi, on considèrera plutôt que « *l'éthique accompagne la conscience en dégageant des modalités pour bien agir* »⁸⁵. Alors même qu'il peut être « *séduisant pour les pays de destination d'ignorer les conséquences du « braconnage » sans discernement sur la santé des pays d'origine* »⁸⁶, la réflexion éthique sur les conséquences du « *brain drain* » (ou fuite des cerveaux) du personnel médical permettra de rendre plus aisée la pensée et l'action afin de **faire en sorte que le recrutement international de médecins soit le plus acceptable possible en termes d'intégration dans l'organisation médicale de l'établissement**.

Aussi, alors que la réflexion éthique sur les recrutements internationaux de médecins comporte quelques limites (2.1.1), il convient de s'interroger sur la qualité de ceux qui peuvent « penser éthique » (2.1.2), avant d'envisager comment, en pratique, on peut recruter « éthique » à l'hôpital des médecins à diplôme étranger (2.1.3).

2.1.1 La réflexion « éthique » sur les recrutements internationaux et ses limites

Il est essentiel, avant même d'appréhender les manières dont on peut penser et recruter « éthique » des personnels médicaux diplômés à l'étranger dans les hôpitaux publics français, de poser les limites qu'a une telle réflexion sur les recrutements internationaux. Non pas que leurs conséquences (A) soient marginales, mais elles méritent qu'en soit dressée une analyse toute en nuances, afin qu'elles ne puissent pas être instrumentalisées (B).

A) Une fuite des cerveaux aux lourdes conséquences

L'émigration de médecins qui y ont été formés n'est pas neutre pour un pays. Elle correspond, en premier lieu, à une réelle perte de l'investissement public dans la formation, puisque le pays aura supporté le coût de la formation des médecins, sans pouvoir bénéficier de l'avantage en termes de renforcement du capital intellectuel, qui peut être considérée comme une sorte de « *subvention perverse* »⁸⁷ concédée aux pays de destination des médecins migrants. Or, le montant de la formation est loin

⁸⁵ Daniel BAIONI, mai-juin 1998, « Ethique de la décision : solitude de la responsabilité », *Entreprise Santé*, n°15, pp. 20-22.

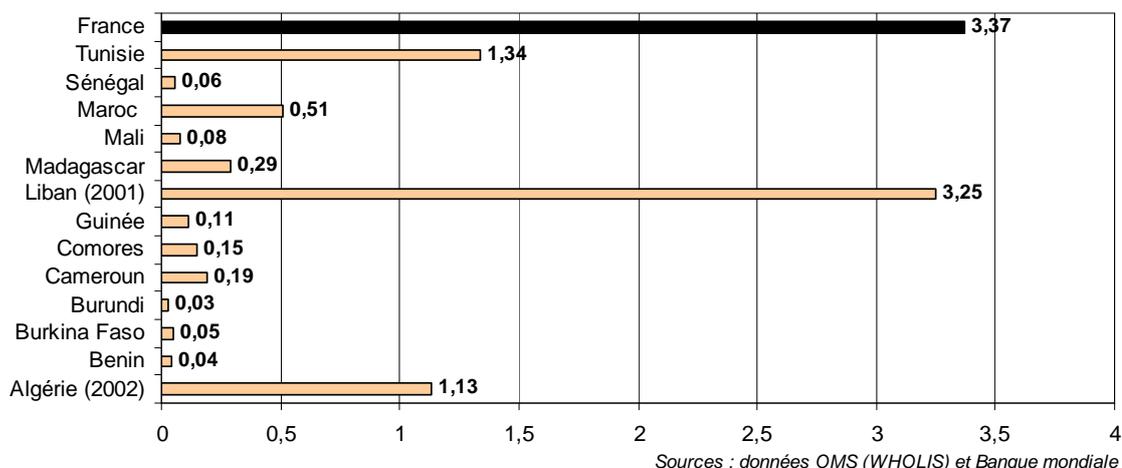
⁸⁶ Omar B. AHMAD, July 2005, « Managing medical migration from poor countries », *British Medical Journal* vol. 331, p. 44.

⁸⁷ OMS, 2006, *Rapport sur la santé dans le monde – travailler ensemble pour la santé*, Genève, p. 101.

d'être négligeable : « la commission des nations unies pour le commerce et le développement a estimé que chaque professionnel de santé africain émigrant représente une perte de 184 000 \$ pour l'Afrique. Paradoxalement, l'Afrique dépense 4 milliards de dollars par an pour les salaires de 100 000 experts étrangers »⁸⁸.

Le départ de médecins formés dans le pays le prive de leur contribution à la délivrance de soins de santé pour la population, ce qui est de nature à diminuer l'offre de services existant dans le pays. Or, les hôpitaux publics français, face aux problèmes de recrutement liés à la « pénurie » de ressource médicale, recrutent des médecins diplômés dans des pays, qui souffrent d'une pénurie médicale endémique⁸⁹, comme le montre le *graphique n°5*. La densité médicale au Burundi est plus de cent fois plus faible que la densité médicale française. Les principaux pays pourvoyeurs de diplômés recrutés en France, à savoir les pays du Maghreb, présentent une densité médicale plus élevée (1,34/1000 pour la Tunisie, 1,13/1000 pour l'Algérie, 0,51/1000 pour le Maroc) que les pays d'Afrique sub-saharienne, mais sans commune mesure avec celle du standard des pays de l'OCDE qui les recrutent.

Graphique n° 5 - Densité médicale pour 1 000 habitants dans les principaux pays dont sont originaires les PADHUE, comparée à la densité médicale française (2004)



La comparaison mérite d'être effectuée avec les principaux pays de l'Union européenne dans lesquels sont recrutés des médecins. La plupart des diplômés communautaires récemment embauchés dans les hôpitaux publics sont originaires des pays d'Europe centrale, où les densités médicales sont plus faibles. Ainsi, en Roumanie, la densité médicale n'est que de 1,9/1000 habitants et le gouvernement

⁸⁸ Tikki PANG, Mary Ann LANSANG, Andy HAINES, March 2002, « Brain drain and health professionals », *British Medical Journal*, vol. 324, p. 500.

⁸⁹ Edward J.MILLS, William A.SCHABAS, Jimmy WOLMINK et al., February 2008, «Should active recruitment of health workers from sub-Saharan Africa be viewed as a crime? », *The Lancet*, vol. 371, p. 685.

commence à communiquer sur le manque de médecins en raison de trop nombreux départs vers les pays d'Europe de l'Ouest⁹⁰. De plus, lorsque les ratios de densité médicale sont proches, comme ceux des républiques tchèque (3,51/1000) et slovaque (3,18/1000), ils ne sont pas toujours comparables à la densité médicale française ; dans ces deux États, les médecins diplômés après six ans d'études doivent effectuer des stages pratiques à l'hôpital, comme le font les internes français, sauf qu'ils sont déjà inscrits au conseil de l'ordre et qu'ils sont comptés parmi les médecins, de sorte qu'à densité médicale identique, les hôpitaux tchèques et slovaques ont besoin de plus de médecins pour faire fonctionner les services.

Or, ces écarts de densité entre le pays recruteur et les pays d'origine sont problématiques dans la mesure où **la densité médicale a une influence sur les résultats de santé**. Ainsi, une étude économétrique⁹¹ réalisée sur un échantillon de 117 pays a montré que l'augmentation de 1% de la densité médicale entraînait une diminution de 38,6% du ratio de mortalité maternelle, de 21,6% du ratio de mortalité des moins de 5 ans et de 17,4% du ratio de mortalité infantile. Cette influence de la densité médicale sur ces indicateurs de santé est sans commune mesure avec celle des professionnels paramédicaux (diminution de 10,2% du ratio de mortalité maternelle en cas d'augmentation de 1% de la densité des infirmières). Aussi, lorsque des médecins font le choix d'émigrer, notamment en France, ils privent leurs pays d'une possibilité d'améliorer leurs indicateurs de santé voire d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement⁹² pour les pays concernés. Plus proche de la France, le fonctionnement des systèmes de santé bulgare et roumain est loin d'être optimal : en 2005, en Bulgarie, les paiements informels ont atteint 409 millions d'euros⁹³. En Roumanie, le système hospitalier public se caractérise par la vétusté des équipements médicaux, le manque de produits médicaux de base (type désinfectants, bandage et médicaments), et un manque de qualité des prestations, dans un contexte d'accès aux soins très inégalitaire⁹⁴. L'exode de médecins roumains ne va pas améliorer la situation.

⁹⁰ Entretien avec Luliana DARASTEANU, médecin d'origine roumaine au CHR d'Orléans.

⁹¹ Sudhir ANAND, Till BÄRNIGHAUSEN, October 2004, « Human resources and health outcomes: cross-country econometric study », *The Lancet*, vol. 364, pp. 1603-1609.

⁹² Fixés, sous l'égide des Nations Unies, pour l'année 2015, les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) sont un ensemble d'objectifs visant à éliminer la pauvreté. Parmi, ces objectifs, trois concernent directement des objectifs sanitaires de réduction de la mortalité infantile (objectif n°4), d'amélioration de la santé maternelle (objectif n°5) et de lutte contre le VIH/sida, le paludisme, et autres maladies.

⁹³ Guillaume DELAUTRE, Sylvie COHU, Diane LEQUET-SLAMA, 2008, *La protection sociale : un aperçu de la situation en Bulgarie et en Roumanie*, Dossiers solidarité et santé n°3, p. 10.

⁹⁴ *Idem.*, p. 11.

Par conséquent, l'ensemble du système de santé peut être mis à mal, mais pas seulement. Un accroissement des inégalités de santé au sein de la population peut entraîner une réduction de la productivité, une perte d'investissement économique national et des dommages potentiels pour le développement économique du pays⁹⁵.

B) La fin du « brain drain » n'est pas la solution ultime aux problèmes de pénurie des ressources médicales dans les pays en développement

Il est facile de considérer qu'il faudrait stopper cette migration du personnel médical, afin d'assurer la poursuite de l'amélioration des indicateurs sanitaires par ses pays. Or, la seule fin de ce *brain drain* n'entraînera pas une amélioration substantielle de l'état de santé de ses populations : ainsi, les médecins et infirmiers nés en Afrique qui travaillent dans les pays de l'OCDE ne représentent pas plus de 12% du nombre total de professionnels de la santé manquant dans la région⁹⁶. Souvent, la pénurie en ressources médicales est trop importante et ne peut être réglée par le seul maintien des médecins dans leur pays de formation, notamment parce que tous comme leurs confrères français, ils auront tendance à s'installer dans les zones urbaines des grandes villes et à délaisser des zones rurales isolées dans lesquelles ils seraient les plus nécessaires. De plus, certains pays forment davantage de médecins que leur système de santé ne peut absorber, de sorte que les empêcher d'aller exercer à l'étranger, n'impliquerait pas de manière mécanique qu'ils aient un poste dans le pays dans lequel ils se sont formés.

La migration des médecins présente également quelques aspects positifs. Les migrations génèrent des milliards de dollars sous la forme de transfert de fonds, c'est-à-dire d'argent que les migrants envoient à leur famille restée dans le pays. Pour autant, il semblerait que plus l'émigré perçoit une rémunération conséquente, moins il participe à ces mouvements de transfert de fonds⁹⁷ et que ces fonds ne soient pas directement réinvestis dans le système de santé qui souffre de l'absence des médecins⁹⁸. Mais lorsqu'ils reviennent dans leur pays, après avoir suivi une formation complémentaire à l'étranger, les qualifications et les compétences peuvent être un apport pour leur pays.

⁹⁵ Omar B. AHMAD, *op. cit.*

⁹⁶ OCDE, 2007, *op. cit.*, p. 192.

⁹⁷ OCDE, 2006, Perspectives des migrations internationales, p. 171.

⁹⁸ Barbara STILLWELL, Khassoum DIALLO, Pascal ZURN et al., octobre 2003, «Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges », *Human Resources for Health*, 13 p.

Enfin, en finir avec le brain drain n'est pas sans poser un problème de conflits de droits. Ainsi, « *est-il compatible avec les droits de l'homme de contenir le flux de migration internationale de professionnels de santé, même si cela améliore le droit à la santé dans les pays à faible revenu, si un autre résultat est d'exacerber la pénurie de personnel dans les pays à haut revenu et si cela entre en conflit avec le droit des professionnels de santé de liberté de circulation, incluant le droit de quitter leur pays ?* »⁹⁹. La réponse n'est pas aisée et la gestion des migrations internationales des médecins ne peut en aucun cas faire l'abstraction du droit qu'a l'individu de rechercher une meilleure vie, de meilleures opportunités de travail et de carrière en dehors de son pays. Cela s'applique d'autant plus au cas des ressortissants communautaires qui, de par la reconnaissance automatique de leur diplôme de médecins, voient leur liberté de circulation ainsi facilitée au sein du grand marché du travail communautaire.

2.1.2 PENSER « ETHIQUE » : Qui peut le faire ? Qui doit le faire ? Quel rôle pour le directeur d'hôpital ?

S'il est indéniable que les conséquences des recrutements internationaux de médecins peuvent soulever des questions de positionnement éthique, il s'agit de savoir par qui peut ou doit être menée cette pensée éthique. ***L'éthique est-elle l'affaire de tous ?*** Elle est sans aucun doute l'affaire de la communauté internationale (A), dont l'action peut amener les pouvoirs publics français à se saisir de la question (B). Mais à l'échelle de l'établissement, le rôle du directeur d'hôpital (C) est bien réel.

A) Au niveau international : des déclarations d'intention en attente d'actions concrètes et efficaces

Au niveau international, la préoccupation pour les conséquences des migrations internationales des médecins et des autres professionnels de santé est développée comme déclaration d'intention à l'occasion des différents sommets ou conférences. Récemment, en mars 2008, le premier Forum international sur les ressources humaines pour la santé à Kampala s'est achevé sur une déclaration qui, alors que « *les pays les plus pauvres sont les plus affectés par la perte de leurs personnels de santé, en quantités déjà insuffisantes, au profit de pays proposant de meilleures conditions de travail et de salaire (...)* »¹⁰⁰, invite « ***les pays les plus riches [à***

⁹⁹ *The international migration of health workers*, p. 35.

¹⁰⁰ OMS, mars 2008, *Déclaration de Kampala et programme pour une action mondiale*, p. 7.

accorder] une priorité de haut niveau et des financements adéquats à la formation et au recrutement de personnels de santé en nombre suffisant issus de leur propre pays »¹⁰¹. Cet appel à l'autosuffisance nationale des ressources médicales nécessaires s'est accompagné d'une demande à l'OMS d' « *accélérer les négociations en vue d'un code de pratiques pour le recrutement international des personnels de santé* »¹⁰². Pour la région Europe de l'OMS, la conférence ministérielle sur les systèmes de santé, en juin 2008, s'est conclue sur la charte de Tallinn précisant, elle aussi, que « *le recrutement international de travailleurs de la santé devrait obéir à des considérations éthiques et à la solidarité internationale, et être garanti par un code de bonnes pratiques* »¹⁰³. L'OMS pilote la finalisation d'un code de recrutement éthique qui sera discuté à l'assemblée mondiale de la santé en 2009.

Le monde anglo-saxon est entré le premier dans cette dynamique de « code de bonnes pratiques ». Ainsi, le département de la santé en Angleterre a posé en 1999 les premières « recommandations éthiques » pour le recrutement international des infirmières, avant d'étendre ses recommandations à l'ensemble des professionnels de santé tout en les érigeant dans un « code », actualisé en 2004¹⁰⁴, applicable non plus seulement aux employeurs du *National Health System (NHS)*, mais aussi aux agences de recrutement, aux organisations du secteur privé qui fournissent des services au NHS, et ce dans tout le Royaume-Uni. D'une manière plus internationale, les ministres de la santé des États de la Commonwealth ont adopté en 2003 un code de pratiques pour le recrutement international de professionnels de santé¹⁰⁵. Les dispositions comprises dans ces codes sont sensiblement identiques et précisent notamment qu'il ne peut y avoir de « recrutement actif » de professionnels de santé en provenance de pays en développement concernés par une pénurie de main d'œuvre, dont une liste a été fixée, ou qu'il ne peut être fait recours à des agences de recrutement ne respectant pas le code. Ce dernier comporte également des obligations pour les professionnels de santé étrangers qui doivent posséder un niveau d'anglais suffisant, avoir un permis de travail valide avant leur entrée sur le territoire ou s'inscrire auprès des organismes de régulation des professions. Des dispositions du code leur garantissent la même

¹⁰¹ *Idem.*

¹⁰² *Idem.*

¹⁰³ OMS – Région Europe, juin 2008, *La charte de Tallin : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité*, p. 4.

¹⁰⁴ Department of Health – England, December 2004, *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals*, 20 p.

¹⁰⁵ COMMONWEALTH, 2003, *Commonwealth code of practice for the international recruitment of health workers*, 18 p.

protection légale que les autres employés du NHS ainsi qu'un même accès à des formations complémentaires.

Le respect de ses codes, c'est-à-dire leur efficacité, dépend en fait de la volonté des acteurs de s'y conformer¹⁰⁶, dans la mesure où ils n'ont aucune force juridique. Ainsi, depuis l'introduction des premières recommandations éthiques au Royaume-Uni, les entrées de professionnels de santé, originaires d'Afrique sub-saharienne ont augmenté de manière significative, entre 1999 et 2004¹⁰⁷. Aussi, cette « *stratégie rapide et bon marché pour changer le comportement (...) envoie, dans le meilleur des cas, le message que quelque chose est fait pour résoudre un problème* »¹⁰⁸.

B) Au niveau national : la réaffirmation de l'objectif d'autosuffisance nationale

A en croire la teneur des déclarations de la communauté internationale, la France apparaît comme ayant été « précurseur » de par son objectif d'autosuffisance nationale, inscrit dans l'article 60 de la loi n°99-641 qui proscrivait tout « nouveau » recrutement de médecins diplômés en dehors de l'Union européenne, quand bien même les recrutements se sont poursuivis. Cet objectif a été réaffirmé par le président de la République lors de son discours sur la réforme de l'hôpital en avril 2008 : *C'est vrai, je ne veux pas que la France s'engage à son tour dans une opération de pillage des cerveaux. L'immigration ne saurait être considérée comme la solution aux difficultés de l'accès aux soins que connaît notre pays* »¹⁰⁹.

Aucun document ne complète l'affirmation du président de la République. Il n'y a pas de guide de bonnes pratiques de recrutement, ni même de liste de pays pour lesquels le recrutement de médecins doit être évité, pas plus qu'il n'existe de recommandations afin de garantir des droits sociaux, salariaux et en matière de formation, identiques à leurs confrères français. Il existe, par contre, la règle, que les managers hospitaliers doivent respecter, de l'interdiction de recrutement de médecins qui n'auraient pas été présents dans les hôpitaux avant 2004 (de manière dérogatoire jusque fin 2011), à moins qu'ils ne réussissent le concours de la procédure d'autorisation d'exercice.

¹⁰⁶ Tim McINTOSH, Renée TORGERSON, Nathan KLASSEN, January 2007, *The ethical recruitment of internationally educated health professionals: lessons from abroad and options for Canada*, p. 22.

¹⁰⁷ Tim MARTINEAU, Annie WILLETS, 2004, *Ethical international recruitment of health professionals: will code of practice protect developing country health systems?*, p. 13.

¹⁰⁸ *Idem*.

¹⁰⁹ SARKOZY Nicolas, 17 avril 2008, *Discours sur la réforme de l'hôpital*, Neufchâteau, p. 7.

C) Au niveau des établissements : une réflexion éthique entravée par la rareté de la ressource médicale

Selon l'OMS, « *les futurs employeurs (...) doivent prendre davantage en considération les investissements importants consentis par les pays d'émigration pour former leur personnel soignant ainsi que les conséquences directes de l'émigration de ce personnel* »¹¹⁰. Ainsi, les partenaires sociaux intervenant dans les hôpitaux européens, à savoir l'association européenne des employeurs des hôpitaux et du secteur de la santé (HOSPEEM) et la fédération syndicale européenne des services publics (FSEP/EPSU) ont signé, en avril 2008, un code de conduite sur le recrutement dans les hôpitaux de personnels ressortissants d'un autre État membre de l'Union européenne. Or, la Fédération hospitalière de France est un membre de l'association HOSPEEM, et devrait donc relayer cette initiative qui vise notamment à « *promouvoir en permanence des pratiques de recrutement éthiques* »¹¹¹.

Pour autant, au sein des établissements enquêtés, la question de l'éthique dans le recrutement international de médecins n'est pas apparue comme étant naturelle. 12% des établissements qui ont renvoyé l'enquête n'ont d'ailleurs pas souhaité répondre à la question qui avait trait au positionnement éthique du directeur chargé des affaires médicales, souvent car ils ne se retrouvaient dans aucune des affirmations à choisir, et n'ont pas daigné exprimer leur propre positionnement. Pour autant, parmi les 57 établissements ayant répondu à la question, seulement cinq (9%) se sont retrouvés dans l'assertion selon laquelle ils n'avaient « *jamais envisagé les conséquences que peut avoir le recrutement d'un médecin à diplôme étranger dans [leur] établissement pour le système de santé de son pays* ». Près de trois directeurs sur dix ont évacué la question de l'éthique, en considérant qu'ils n'ont pas « *à tenir compte, au niveau de [leur] établissement, des conséquences des recrutements internationaux. C'est au niveau national que ces conséquences doivent être prises en compte* ».

Malgré tout, pour 37% des directeurs en charge des affaires médicales, « *« éthiquement, ces recrutements sont discutables, mais [ils n'ont] pas d'autres candidats* », et donc pas d'autre choix que de recruter ledit candidat diplômé à l'étranger. Plus encore, un quart des directeurs répondants (dont deux exerçant en CHU !) considère que « *s'ils ne recrutent pas ce médecin à diplôme étranger, il sera de toute façon recruté dans un autre hôpital public et [leur] établissement restera en difficulté* ». **En définitive, plus de 60% des établissements voient leur réflexion**

¹¹⁰ OMS, 2006, *op.cit.*, p. 104.

¹¹¹ www.hospeem.eu; www.epsu.org.

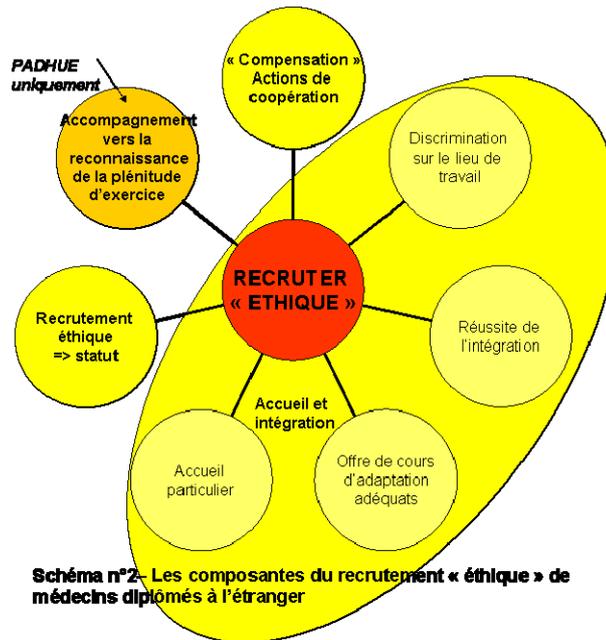
éthique entravée par l'absence d'un autre candidat qu'un médecin à diplôme étranger.

Faut-il alors évacuer des hôpitaux tout questionnement éthique sur les recrutements internationaux de médecins ? Il est certain que dissenter sur le bien-fondé et les conséquences du recrutement des médecins à diplôme étranger est beaucoup plus aisé lorsque l'établissement, pour chaque poste à pourvoir, a le choix entre plusieurs candidats. Or, la majorité des établissements ne sont pas dans une situation aussi confortable. Faut-il réserver toute préoccupation éthique aux hôpitaux moins concernés par cette problématique ? Cela reviendrait à n'en avoir aucune. La réflexion éthique prend tout son sens lorsque la décision est contrainte, lorsqu'un arbitrage est nécessaire entre deux « forces » contraires : une telle réflexion permet alors de faire un choix qui apparaît au décideur comme étant le moins mauvais possible. Pour autant, la réflexion éthique sur les recrutements internationaux de médecins, qui devrait exister et dicter l'action de recrutement dans l'ensemble des hôpitaux, n'implique pas nécessairement qu'il faille ne pas recruter de médecins diplômés à l'étranger. Elle peut ainsi être contrainte par l'obligation d'assurer la survie de l'hôpital ou la volonté de maintenir une offre de soins sur un territoire sinistré. Dans ce cas, l'éthique de la responsabilité du directeur, en tant que garant de la qualité et de l'accessibilité aux soins dans son hôpital situé sur un territoire déterminé, prendra vraisemblablement le pas sur toute considération des conséquences du recrutement du médecin diplômé à l'étranger sur le système de santé de son pays d'origine. Sans pour autant prendre ce cas extrême, les codes de bonnes pratiques démontrent bien que l'éthique dans le recrutement international ne se limite pas à ne pas recruter des médecins ressortissants de certains pays, mais passe notamment par la mise en place de conditions d'accueil et d'intégration favorables pour ces médecins.

2.1.3 RECRUTER « ETHIQUE » : Que faire ? Comment le faire ? Quelle implication du directeur d'hôpital ?

Si la décision de recruter engage le directeur d'hôpital, il n'est évidemment pas le seul, au sein de l'établissement, à devoir participer à la réflexion éthique et à devoir la mettre en pratique. Le directeur doit pouvoir s'appuyer sur la communauté médicale, ce qui suppose également que les médecins aient dépassé le stade de la recherche de candidats à recruter sur des statuts d'« associés » afin de ne pas mettre en péril leur légitimité et leur pouvoir au sein de leur service.

Quoiqu'il en soit, recruter « éthique » suppose une réelle implication du décideur hospitalier, tant au moment même de sa décision de recrutement (A), de l'accueil et de l'intégration du médecin à diplôme étranger (B) que de la réflexion sur la mise en œuvre de modalités de « compensation » par le biais d'actions de coopération (C) ou de l'accompagnement du praticien à diplôme extracommunautaire vers la reconnaissance de la plénitude d'exercice (D), comme le montre le *schéma n°2*.



A) Veiller à un recrutement plus éthique

Tant que les pouvoirs publics ne se saisissent pas de la rédaction de recommandations de bonnes pratiques, il sera difficile pour un hôpital de considérer qu'il ne peut pas recruter des médecins originaires d'un pays qui connaîtrait une pénurie sévère en ressource médicale.

Pour autant, dans sa pratique de recrutement, il peut veiller à privilégier certains statuts par rapport à d'autres, tout particulièrement pour les praticiens à diplôme hors Union européenne. Dans la mesure du possible, le recours à des faisant fonction d'interne devrait être ainsi limité aux étudiants en médecine de l'EEE et de l'UE et aux seuls médecins à diplôme étranger qui ne peuvent pas être recrutés sur un autre statut moins précaire.

De la même manière, l'analyse des statuts montre que l'assistant associé exerçant des fonctions hospitalières durant trois ans après la réussite des épreuves de vérification des connaissances de la PAE bénéficie de conditions moins avantageuses. Certains directeurs font alors le choix de recruter les lauréats de la PAE selon un statut

d'assistant associé classique, ce qui leur permet de bénéficier notamment de jours RTT ou de congés de formation¹¹².

Enfin, concernant les ressortissants communautaires, il convient de leur appliquer les mêmes règles propres à l'établissement que celles qui existent pour les médecins diplômés en France. Ainsi, si les embauches des praticiens contractuels se font systématiquement sur la base du 4ème échelon augmenté de 10%, cette règle doit également s'appliquer à eux.

B) Veiller à l'accueil et l'intégration du médecin à diplôme étranger

L'arrivée dans un établissement est un moment important pour un médecin, particulièrement lorsqu'elle s'accompagne d'un changement radical de son cadre de vie. Son accueil au sein de l'établissement doit être réussi. Parmi les établissements ayant répondu à notre enquête, **40% des établissements réservent un accueil spécifique aux médecins diplômés à l'étranger recrutés dans leur établissement.** De manière plus détaillée, cet accueil prend souvent la forme d'une mise à disposition d'un logement à titre gratuit (18% des établissements) et d'un accompagnement dans les démarches administratives.

Un accueil particulier du médecin est essentiel, par le directeur en charge des affaires médicales, pour visualiser le référent administratif, mais également par les représentants de la communauté médicale. Dans certains établissements, la visite de l'établissement lors de l'accueil du médecin est même effectuée par le président de la commission médicale d'établissement (CME).

La possibilité de proposer des cours de perfectionnement de français voire d'autres cours adéquats procède également de la volonté de réussir l'accueil du médecin. Un quart des répondants ont déjà pris en charge financièrement des cours de perfectionnement de français. Enfin, l'accès à des informations concernant le système de santé français (informations données dans 43% des établissements ayant répondu), sur le système hospitalier et sur l'exercice de la profession médicale en France, contribue à la qualité de l'accueil et facilite également l'intégration du médecin.

A la phase d'accueil succède en effet très rapidement la phase d'intégration, qu'il convient également de réussir, ne serait-ce que pour donner envie au médecin de rester dans l'établissement. Ainsi, un « *encadrement spécifique par le corps médical du service* », ou plus largement la mise en place d'un tutorat pour les médecins diplômés

¹¹² Information apportée Talal ANNANI, président de l'INPADHUE.

à l'étranger qui n'avaient jamais exercé en France sont de nature à aider à l'intégration du médecin et à limiter les risques de discrimination et autres difficultés, dont reconnaissent avoir connaissance 22% des répondants. Il convient cependant de s'appuyer sur une communauté médicale motivée par un tel projet. Ainsi, au **CHR d'Orléans**, il avait été décidé de la mise en place d'un tutorat pour un anesthésiste diplômé dans l'Union européenne qui avait quelques difficultés avec les noms des spécialités pharmaceutiques françaises, mais il semble qu'il n'a jamais vraiment existé, ce qui n'a pas contribué favorablement à l'intégration du médecin. Pour autant, 92% des directeurs répondants¹¹³ estiment que les médecins à diplôme étranger sont facilement intégrés par les équipes de l'établissement. Cette intégration ne passe pas que par les équipes médicales. Une anesthésiste slovaque recrutée au CHR d'Orléans a particulièrement insisté sur l'importance qu'avait eue l'équipe paramédicale des infirmières pour son intégration et son adaptation au fonctionnement des services médicaux dans les hôpitaux français.

Aussi, les enjeux de l'accueil et de l'intégration des médecins diplômés à l'étranger tendent à être assimilés par les établissements. Ainsi, pour un hôpital de moins de 250 lits MCO de Poitou-Charentes, *« un effort d'accueil et d'intégration est particulièrement réalisé, puisqu'il représente la contrepartie indispensable et comprise par les praticiens des services concernés de la pérennisation de leur activité »*, en permettant la fidélisation du médecin diplômé à l'étranger dans le service.

C) Penser à des mécanismes de « compensation » du recrutement international : les actions de coopération internationale

La compensation est évoquée dans les codes de bonnes pratiques, parce qu'elle correspond à une contrepartie du recrutement international de médecins. Souvent évoquée à l'échelle du pays de destination, qui aurait à compenser le coût de formation qu'il n'a pas eu à assurer en recrutant des médecins formés à l'étranger, la compensation, par le biais d'actions de coopération, peut prendre différentes formes dans les établissements, résumées dans le *tableau n°2*.

¹¹³ 64 établissements sur 65 ont répondu à cette question.

Jumelage	Les hôpitaux français et des 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 (regroupés au sein de la FHF ?) 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.

Tableau n°2 – Actions possibles des établissements pour répondre aux problèmes de migration dans le secteur hospitalier¹¹⁴.

Pour autant, ces actions de coopération ne sont pas très fréquentes dans les établissements de notre enquête : seuls 18% des établissements répondants indiquent mener des actions de coopération. Pour autant, tous ces établissements n'ont pas expliqué les modalités pratiques d'une telle action de coopération. De plus, quand il est simplement indiqué « *accueil de FFI* » ou « *médecins reçus comme FFI dans le cadre d'une AFS/AFSA* », l'action de coopération apparaît somme toute comme étant limitée. Elle semble même constituer une filière de recrutement, lorsqu'il y a « *prospection sur Internet : recrutement sur statut de FFI ou d'associé pour finir leur cursus de spécialité en France et les former aux pratiques et exigences françaises, accompagnement dans les démarches visant à l'obtention in fine de la qualification ordinale et préparation au concours national de praticien hospitalier* ». En définitive, l'action de coopération la plus aboutie parmi les hôpitaux enquêtés est celle du CH du Havre, jumelé avec un hôpital public du Congo depuis une quinzaine d'années : des médecins congolais sont accueillis en formation, et des missions de maintenance biomédicale et des formations paramédicales sont assurées au Congo par des équipes du centre hospitalier.

Les hôpitaux ne sont pas totalement démunis dans leurs actions de coopération puisque le Fonds de partenariats hospitaliers du ministère des affaires étrangères peut financer des projets d' « *appui à l'organisation hospitalière* », de « *développement des ressources humaines en santé* » et « *concernant la santé de la mère et de l'enfant* » à hauteur de 45 000€ pour une durée de quatre ans. Lors de la validation des projets la priorité est donnée aux hôpitaux de la zone de solidarité prioritaire de la France, en particulier aux pays les moins avancés (parmi lesquels se trouve le Sénégal, Madagascar, le Burundi ou le Burkina Faso).

¹¹⁴ 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.

D) Assurer un accompagnement vers la reconnaissance de la plénitude d'exercice

Les PADHUE, qui ne bénéficient pas de la reconnaissance automatique des diplômes, et qui donc doivent passer l'examen ou le concours prévu dans la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) sont généralement bien informés sur les modalités de la PAE qui leur permettront, peut-être, de se voir reconnaître la plénitude d'exercice de la médecine, notamment par les sites des syndicats de PADHUE, dont celui de l'INPADHUE qui est particulièrement bien documenté et régulièrement mis à jour.

Pour autant, il revient au directeur d'hôpital d'informer, voire même de motiver, certains PADHUE, recrutés entre 1999 et 2004, de leur devenir en France, s'ils ne passent pas par la procédure d'autorisation d'exercice. En effet, l'article 83 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 disposait que « *par exception* » ces praticiens « *peuvent poursuivre leurs fonctions en qualité de praticien attaché associé ou d'assistant associé jusqu'à l'épuisement de leurs droits à se présenter aux épreuves de la PAE (...) et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011* ». Aussi, cela signifie que passé cette date¹¹⁵, ces praticiens recrutés entre 1999 et 2004 ne pourront plus exercer en France, sauf à ce qu'ils aient passé avec succès les épreuves de la PAE, sous la forme d'un examen. Cette interprétation du devenir des PADHUE après 2011 a été confirmée par Talal ANNANI, président de l'INPADHUE. Pour le moment, il ne semble pas qu'une autre procédure dérogatoire soit prévue par le ministère. Quant au syndicat, il est prêt à accepter qu' « *une partie des [PADHUE] n'ait pas le niveau* », ce qui serait démontré par leur échec aux épreuves de la PAE et soient contraints de quitter la France, sous réserve qu'ils ne représentent « *pas plus de 5%-10%* » de l'ensemble des praticiens pouvant prétendre à la régularisation de leur situation par l'examen. Aussi, dans certains établissements, les praticiens hospitaliers se sont lancés dans le « coaching » de leurs confrères qui passent les épreuves de la PAE ! Certes, de telles initiatives ne peuvent pas être institutionnalisées, mais elles sont intéressantes à relayer.

Du moment que l'on considère qu'à l'échelle de l'établissement, le manager hospitalier peut non seulement avoir une réflexion éthique par rapport aux recrutements internationaux, mais également recruter de manière éthique, il convient d'étudier comment rendre davantage efficace de tels recrutements.

¹¹⁵ S'il s'avère que le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire est adopté en prévoyant la possibilité de présenter trois fois les épreuves de la PAE au lieu de deux, la date du 31 décembre 2011 devra mécaniquement être décalée d'un an, au 31 décembre 2012, afin de permettre à l'ensemble des PADHUE de passer les épreuves une troisième fois.

2.2 Une efficacité du processus de recrutement à rechercher

Recruter efficace, c'est choisir un « bon » candidat pour le placer sur un poste qui lui convient et dans un délai acceptable, qui répondra positivement à ce qu'on attend de lui (compétences, motivation, durée de présence ou fidélisation). Cette question se pose au directeur pour l'ensemble des personnels médicaux. Toutefois, la volonté d'efficacité est d'autant plus forte dans le cas des médecins à diplôme étranger sur lesquels l'établissement a pu investir, tout particulièrement pour les spécialités sinistrées. Par ailleurs, le fait que la presse médicale relaie plus globalement la « désertion »¹¹⁶ de médecins étrangers installés en France démontre que la fidélisation du médecin étranger compétent sur un territoire ou dans l'établissement est une attente particulièrement forte lors d'un recrutement international.

Aussi, le manager hospitalier doit savoir comment recruter de manière efficace et pérenne, en choisissant des modalités de recrutement pertinentes (2.2.1), en fluidifiant le processus de recrutement par la connaissance précise de la réglementation et l'instauration de partenariats interinstitutionnels (2.2.2) et surtout en veillant à s'assurer des compétences et qualifications professionnelles des candidats (2.2.3).

2.2.1 Choisir les modalités de recrutement les plus efficaces

Il n'est pas aisé de déterminer les modalités de recrutement les plus efficaces, parce qu'elles peuvent dépendre des souhaits émis par les établissements : embaucher au plus vite ? garantir la fidélisation du médecin dans l'établissement ? rechercher un recrutement au moindre coût ?

Aussi, il s'agira ici d'évoquer les différentes modalités utilisées par les établissements, des plus classiques (A) aux plus innovantes (B).

A) Les modalités de recrutement classiques

Ces modalités classiques de recrutement ne diffèrent pas de celles employées pour les médecins diplômés en France. **Pour 83% des établissements enquêtés, la première modalité de recrutement est la réception de candidatures spontanées du candidat.** Les réseaux de médecins à diplôme étranger constituent de bons relais pour recruter d'autres médecins pour un quart des répondants. De manière générale, **l'activation des réseaux**, qu'ils soient internes ou externes à l'établissement, comme des contacts avec les CHRU, d'autres établissements du territoire de santé ou même

¹¹⁶ Henri DE SAINT ROMAN, 4 septembre 2008, « La difficulté d'insertion des médecins étrangers – un généraliste roumain déserte le village de l'Aisne qui l'a accueilli », *Le Quotidien du Médecin*, n°8411, p. 4.

la DRASS, constitue un moyen utile pour recruter des médecins à diplôme étranger. Enfin, les annonces dans la presse médicale française (25% des établissements) et sur des sites Internet généralistes ou spécialisés (18% des établissements) représentent les autres modalités « classiques » employées par les hôpitaux publics pour s'attirer les services de médecins diplômés à l'étranger.

B) Des modalités de recrutement plus innovantes : les agences de recrutement

Le terme d' « agences de recrutement » s'entend, ici, comme un terme générique qui permet d'englober la grande variété des situations :

- des agences qui souhaitent se distinguer des « cabinets de chasseurs de tête » dont elles remettent en cause le sérieux et pointent l'absence fréquente de formations pouvant être proposées aux médecins étrangers ;
- des cabinets de chasseurs de tête, qui ont trouvé un nouveau débouché dans le monde de la santé ;
- des intermédiaires au statut associatif, mais aux prestations payantes.

Tout type confondu, ces agences se caractérisent par leur jeunesse, dans leur expérience hospitalière, ou dans leur expérience générale lorsqu'elles sont spécialisées dans le recrutement pour les hôpitaux et les cliniques.

Parmi les établissements de notre enquête, **près de trois établissements sur dix ont recruté des médecins diplômés à l'étranger par le biais d'une agence de recrutement** : 27 médecins diplômés à l'étranger ont ainsi été recrutés par ces établissements. L'hôpital enquêté qui a le plus recruté par ce biais est le CHR d'Orléans.

a) L'expérience du recours aux cabinets de chasseurs de tête au CHR d'Orléans

Confronté à de graves problèmes de recrutement, le CHR d'Orléans a lancé, en 2006, un marché public de services de « cabinets de chasseurs de tête » pour le recrutement de praticiens hospitaliers en anesthésie-réanimation, neurologie, oncologie médicale et médecine nucléaire. Au total, deux cabinets de chasseurs de tête ont été retenus. Les critères considérés pour l'attribution du marché concernaient tout particulièrement l'expérience dans le milieu hospitalier et la procédure d'intégration au sein du CHR. Le critère du « coût financier » n'était pas prépondérant, dans la mesure où lui a été attribué le coefficient le plus faible (il ne représentait que 2/19 points pour la notation des candidats). Le *tableau n°2 (infra)* détaille les caractéristiques des recrutements opérés (ou non) et la situation des médecins recrutés au sein du CHR, à la date du 1^{er} septembre 2008.

SPECIALITÉ	DÉLAIS ENTRE LE DEMARRAGE DE LA MISSION ET LA DÉCISION DE RECRUTEMENT		COÛT DU RECRUTEMENT	NATIONALITÉ DU DIPLOMÉ DU CANDIDAT RECRUTÉ	DATE DE RECRUTEMENT	SITUATION AU 01/09/2008
	DÉLAIS ANNONCÉS	DÉLAIS RÉELS				
ANESTHÉSIE-RÉANIMATION	3 à 8 mois	5 mois ½	65 780 €	tchèque & slovaque	01/03/2007	En activité Se voit encore au CHR dans 1 an
ANESTHÉSIE-RÉANIMATION	3 à 8 mois	2 mois ½	65 780 €	roumaine	01/02/2008	En activité
ANESTHÉSIE-RÉANIMATION	3 à 8 mois		32 890 €	<i>La procédure n'est pas allée jusqu'à une décision de recrutement ; elle a été interrompue après la présentation du candidat au CHR</i>		
NEUROLOGIE	3 à 8 mois	1 mois ½	65 780 €	allemande	02/01/2007	Démission (été 2008)
CABINET DE CHASSEURS DE TETE 1 : RÉSULTATS			230 230 €		3 recrutements sur 4 candidats présentés	2 médecins recrutés sur 3 encore dans l'établissement
ONCOLOGIE	6 mois	5 mois	15 548 €	française !!	21/05/2007	En activité
MÉDECINE NUCLÉAIRE	6 mois		7 774 €	<i>La procédure n'est pas allée jusqu'à une décision de recrutement ; elle a été interrompue après la présentation du candidat au CHR</i>		
ANESTHÉSIE-RÉANIMATION	6 mois	1 mois ½	14 352 €	tchèque	02/11/2007	Départ annoncé (pour novembre 2008)
CABINET DE CHASSEURS DE TETE 2 : RÉSULTATS			37 674 €		2 recrutements sur 3 candidats présentés	1 médecin recrutés sur 2 sera encore dans l'établissement en novembre 2008 !

Tableau n°3 – Les recrutements du personnel médical par l'intermédiaire des cabinets de chasseurs de tête au CHR d'Orléans

Ainsi, le coût financier est significatif pour l'établissement : près de 270 000 €. Pour quels résultats ? Seulement cinq des sept candidats présentés (pour lesquels le CHR a payé) ont été recrutés. Parmi ces cinq médecins, l'un est Français, diplômé en France, et donc, aurait vraisemblablement pu être recruté sans frais (soit une dépense inutile de 15 000 €). Pour les quatre médecins diplômés à l'étranger choisis, ils sont tous diplômés d'une faculté installée dans un État ayant récemment adhéré à l'Union européenne. Mais la moitié d'entre eux aura quitté l'établissement en novembre 2008 ! L'une a quitté l'établissement au bout de 18 mois, en raison de l'impossibilité pour le conjoint de trouver un emploi. Le second a annoncé qu'il ne souhaitait pas le second renouvellement de son contrat, en raison de difficultés d'intégration. Somme toute, l'expérience du CHR d'Orléans montre que cette modalité est coûteuse et qu'elle n'apporte que partiellement une solution durable au manque de médecins.

b) Des agences de recrutement aux prestations variées

Parmi les agences citées par les établissements qui ont été contactées, trois ont accepté un entretien téléphonique et leur citation dans ce mémoire. Le *tableau n°4* précise les différences entre ces agences au profil différent – l'**ANNEXE 6** présente l'ensemble de leurs différences.

	AV RECRUTEMENT	ARIME	PARAGONA
Date de création	2005	2007	2008 (en France)
Profil de l'agence	agence de recrutement "classique"	association	agence offrant des prestations globales qui a fait ses preuves dans les pays scandinaves
Clients	Cliniques (60% des clients) Hôpitaux publics (40%)	Hôpitaux publics (80% des clients), collectivités territoriales (20%)	Hôpitaux publics
EXPERIENCE - Nombre de médecins placés	une dizaine de médecins placés chaque année	une quarantaine depuis début 2007	<i>une trentaine en formation => en poste pour début 2009</i>
Profil des médecins proposés aux hôpitaux	médecins diplômés en France	médecins diplômés dans l'Union européenne	médecins diplômés dans l'Union européenne
	médecins diplômés dans l'Union européenne		
	médecins diplômés hors Union européenne		
Cours de perfectionnement de langue proposé	NON	OUI Une session de 15 jours à l'Alliance française (7h/jour)	OUI dans le cadre d'une formation intensive de 13 semaines se déroulant en langue française (36h/semaine) => langue + orientation culturelle + communication médicale + informations spécifiques à l'exercice médical en France et la société française
Garanties sur les compétences linguistiques du médecin	NON en dehors du travail de sélection d'AV RECRUTEMENT	NON en dehors du travail de sélection de l'ARIME	Candidat avec un niveau de langue équivalent au moins au niveau européen B2
Garanties pour l'hôpital	Contrôle de références	Contrôle de références	CV présélectionnés sont évalués par une équipe d'experts en médecine => choix d'un nombre restreint pour les journées d'évaluation
	période de remplacement d'une à deux semaines avant entrée en fonction	Rencontre des médecins sur place => grande sélection des médecins	Journées d'évaluation, en Roumanie, durant lesquelles les candidats sélectionnés sont testés => présentation des meilleurs à l'hôpital
	Si le candidat se désiste avant l'installation, un autre candidat est recherché, sans frais supplémentaire.	Si le premier candidat présenté ne convient pas, un deuxième est présenté à l'hôpital.	Si le candidat sélectionné part durant la formation => si pas de candidat "supplémentaire" pour le profil, remboursement ou participation à un autre projet
Rétention du médecin	C'est l'objectif : le travail est fait dans le but d'une installation (jamais pour un remplacement temporaire)	L'ARIME fait signer au médecin un contrat d'engagement de 5 ans , préalablement au recrutement par l'hôpital	Orientation vers un placement à long terme => création de relations dès le départ entre l'hôpital et le médecin afin de voir si la décision de partir est la bonne + les médecins placés le sont dans la même région ou région limitrophe (pas d'isolement)
Délai moyen de recrutement	1 an	6 mois	7 mois
Modalités de fixation du coût	<i>tarif dégressif</i> en fonction du nombre de profils recherchés	<i>tarif variable en fonction de la difficulté de trouver le profil</i> (46 000 € pour un radiologue)	<i>Varie en fonction du nombre de médecins demandés par les hôpitaux</i>
Coût	6 000 € par profil	≈ 42 000 € par praticien	<i>Exemple de la première mission en France : 28 000 € par praticien</i>

Tableau n°4 – Comparaison du fonctionnement des agences de recrutement

Ainsi, tant au niveau du coût (entre 6000 et 42 000 €), que des prestations assurées, les agences de recrutement offrent des conditions très variées. Deux sont spécialisées dans le recrutement de médecins diplômés dans l'Union européenne, en raison du caractère « moins risqué », du fait de la reconnaissance automatique de leurs diplômes. Le fonctionnement de PARAGONA apparaît particulièrement intéressant. Cette société scandinave a choisi de former ensemble un groupe de médecins roumains qui s'installeront en Picardie et dans le Nord-Pas-de-Calais en janvier 2009. Cette formation de 13 semaines permet de renforcer le niveau de langue (un niveau de langue minimal est garanti à l'établissement) et l'acculturation, ainsi que de créer un « groupe », ce qui atténuera leur sentiment d'isolement à leur arrivée en France.

En définitive, pour un directeur d'hôpital, faire appel à une agence de recrutement, qualifiée par certains de « *succursale de la grotte de Lourdes* » au vu des candidats présentés, c'est investir lourdement pour des résultats assez aléatoires. Pour autant, le fonctionnement particulier de certaines agences aux prestations plus globales incite à suivre de très près leurs « résultats ».

2.2.2 Fluidifier la procédure de recrutement

Quelle que soit la modalité choisie, la procédure de recrutement d'un médecin à diplôme étranger peut être assez longue. **Les directeurs en charge des affaires médicales évoquent spontanément dans 84% des cas la lourdeur des démarches administratives comme difficulté majeure lors de la procédure de recrutement de ces médecins.** Les autres ont fait part de difficultés à vérifier les références des médecins à diplôme étranger, et plus largement, de la complexité à apprécier les qualifications professionnelles de ces médecins (*infra*). Ces commentaires montrent à quel point il est essentiel de fluidifier la procédure de recrutement. Par « procédure de recrutement », on entendra à la fois les démarches à effectuer après le choix du candidat, mais également les conditions d'embauche à respecter. Après avoir décrit les exigences administratives (A), sur lesquelles le directeur n'a pas de prise, il sera envisagé des solutions pour renforcer l'efficacité de la procédure de recrutement (B).

A) La lourdeur de la procédure de recrutement d'un médecin étranger

Ce développement n'a pas pour vocation à expliciter dans le détail les différents cas pouvant être rencontrés lors du recrutement d'un médecin diplômé à l'étranger. La particularité de la procédure est justement qu'elle est spécifique en fonction de la situation individuelle du médecin. La procédure variera selon qu'il est diplômé dans un État membre de l'UE ou en dehors de l'UE, selon qu'il est diplômé dans un « ancien »

État membre de l'UE ou d'un nouvel entrant depuis 2004 ou depuis 2007, selon qu'il est déjà présent sur le territoire français ou non, selon qu'il a un statut de médecin ou d'étudiant FFI. Du point de vue du directeur, ce qu'il est important de conserver à l'esprit, c'est la « nébuleuse » des institutions, telles qu'elles apparaissent de manière simplifiée dans le schéma n°3.

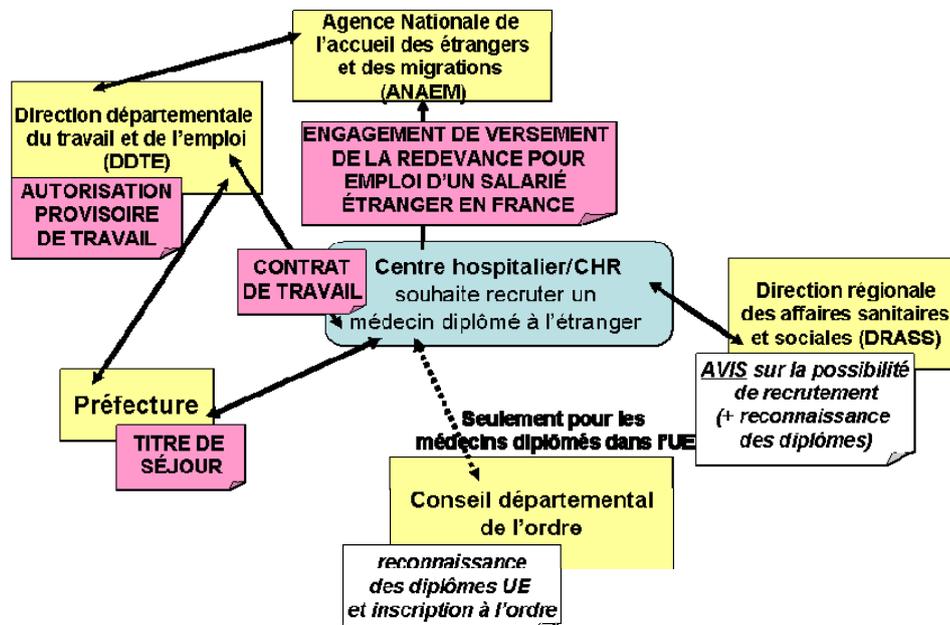


Schéma n°3 – Les acteurs intervenant dans la procédure de recrutement d'un médecin à diplôme étranger

Les acteurs sont nombreux et interdépendants. Pour « l'introduction d'un médecin salarié » en France, le centre hospitalier, après avoir sollicité l'avis de la DRASS, transmet un dossier, comprenant le contrat de travail à la DDTE, qui, si elle donne un avis favorable, transite par l'ANAEM. Cette dernière fait suivre le dossier aux services consulaires pour la délivrance d'un visa de long séjour avec remise du contrat de travail qui vaut autorisation de travail provisoire ; ce document est à présenter avec le visa à la préfecture par le médecin étranger, qui doit également contacter personnellement la DDTE. Dans le cas des médecins diplômés en Roumanie ou en Bulgarie – pour lesquels la procédure pré-détaillée s'applique, ils doivent également faire reconnaître leur diplôme par le conseil départemental de l'ordre.

Le schéma n°3 fait bien comprendre ce que signifie la référence à une procédure lourde mise en avant par les établissements. Pour cette raison, certains établissements accompagnent les médecins étrangers dans les démarches administratives, ce qui relève d'une modalité d'accueil spécifique pour 11% des établissements.

B) Des instruments pour renforcer la « fluidité » de la procédure de recrutement

a) *L'intérêt d'une dynamique partenariale vis-à-vis des différentes institutions*

Devant la nébuleuse d'acteurs intervenant dans la procédure de recrutement de médecins à diplôme étranger, l'enjeu d'un partenariat inter-institutionnel est clairement palpable. Il ressort de l'enquête et des différents entretiens réalisés que les différents acteurs qui participent à la procédure de recrutement n'agissent pas de manière uniforme sur l'ensemble du territoire. Ainsi, les conseils départementaux de l'ordre diligentent plus ou moins rapidement la reconnaissance du diplôme communautaire. Dans certains départements, « *les relations avec la DDTE ne sont pas toujours simples* ». Et dans certaines régions, ce sont les DRASS ou les préfectures qui freinent la procédure de recrutement.

Pour autant, il existe des départements où les différents acteurs s'entendent, notamment en raison des problèmes majeurs de recrutement de personnel médical. C'est la situation qui nous a été relayée par le CH de Charleville-Mézières, puisque le contexte particulier a poussé la DRASS et la préfecture à accélérer les procédures : « *les relations étroites avec les administrations concernées permettent désormais de boucler une procédure d'introduction ou un changement de statut en moins d'un mois à compter de l'envoi du dossier par l'établissement : le meilleur délai observé est de dix jours !* ».

b) *La nécessité d'une connaissance des procédures de recrutement des médecins à diplôme étranger : l'exemple du classeur de procédures du CHR d'Orléans*

Face à la complexité des procédures de recrutement, certains établissements, à l'instar du CH de Charleville-Mézières¹¹⁷, ont élaboré des outils pour le recrutement de médecins à diplôme étranger.

C'est dans cet esprit que le CHR d'Orléans a fait le choix de rédiger un classeur de procédures pour le recrutement de médecins à diplôme étranger. Ce classeur est constitué de fiches synthétiques, et facilement compréhensibles par tous, sur les différentes règles du recrutement de médecins à diplôme étranger. Par exemple, en raison de la complexité de la réglementation applicable, l'analyse d'un CV d'un médecin diplômé à l'étranger nécessite de se référer aux différents textes existants et éparpillés pour vérifier s'il est possible de le recruter. Le classeur simplifie cette recherche et permet une réponse plus rapide au chef de service ou au candidat.

Pour faciliter son usage, le classeur est séparé en deux parties : la première partie concerne les médecins diplômés dans un État membre de l'UE (et assimilés) ; la seconde partie s'applique aux médecins titulaires d'un diplôme obtenu en dehors de l'Union européenne (PADHUE). Les grands axes de ce classeur sont indiqués dans le *tableau n°5*.

Partie - MEDECINS DIPLOMÉS DANS L'UE	Partie - MEDECINS DIPLOMÉS HORS UE (PADHUE)
Pays concernés	Pays concernés
Conditions de recrutement	Conditions de recrutement
Conditions générales de recrutement	Différents statuts sur lesquels les PADHUE peuvent être recrutés
Différents statuts sur lesquels ils peuvent être recrutés (en attendant l'inscription à l'ordre puis après l'inscription à l'ordre)	Conditions de recrutement en tant que médecins associés
	Conditions de recrutement en tant que FFI
Reconnaissance automatique des diplômes	Reconnaissance des diplômes
Liste des noms des diplômes de médecine dans la langue originale	Procédure d'autorisation d'exercice (PAE).
Liste des noms des diplômes de spécialités les plus recherchées dans la langue originale	Dispositions transitoires jusqu'en décembre 2011.
Tableau synthétique des pièces à fournir par le médecin pour pouvoir attester de la reconnaissance du diplôme (cas par cas par pays + période transitoire)	Présentation de ce que sera la PAE à partir de 2012 (selon les textes législatifs et réglementaires actuels, et à partir des entretiens avec les présidents de l'INPADHUE et de la FPS, syndicats des PADHUE)
Démarches vis-à-vis du droit du travail	Démarches vis-à-vis du droit du travail
Pays concernées et période transitoire	Les différentes procédures (introduction d'un salarié étranger...)
Démarches vis-à-vis du code des étrangers	Démarches vis-à-vis du code des étrangers
Pays concernées et période transitoire	Les différentes procédures (procédure de famille accompagnante, regroupement familial...)

Tableau n°5 – Le contenu du classeur de procédures de recrutement des médecins à diplôme étranger du CHR d'Orléans

Un exemple de fiche de synthèse est retranscrit grâce au *schéma n°4 (infra)* qui permet, au moyen d'un arbre décisionnel, de déterminer si un candidat peut être recruté sous un statut de praticien attaché associé ou d'assistant associé. Un autre exemple de fiche de synthèse est donné à l'**ANNEXE 4** : elle explicite les formations que doivent suivre les médecins étrangers pour pouvoir être recrutés en tant que FFI.

En définitive, la « fluidification » de la procédure de recrutement ne peut se réaliser sans une bonne connaissance de la réglementation applicable aux différents cas de figure. Le développement de partenariats interinstitutionnels contribue à la réduction des délais de traitement des dossiers des médecins diplômés à l'étranger et recrutés par les hôpitaux. Le classeur de procédures du CHR d'Orléans intervient également pour expliciter la réglementation concernant les diplômes et leurs reconnaissances, ce qui constitue le dernier enjeu, mais non le moindre, de l'efficacité du recrutement des médecins à diplôme étranger.

¹¹⁷ Le « *mémento relatif à l'embauche d'un salarié étranger* » du CH de Charleville-Mézières précise les démarches administratives à effectuer selon que le médecin étranger exerce déjà en France, ou qu'il faille l'y « introduire », selon que le FFI réside en France ou à l'étranger.

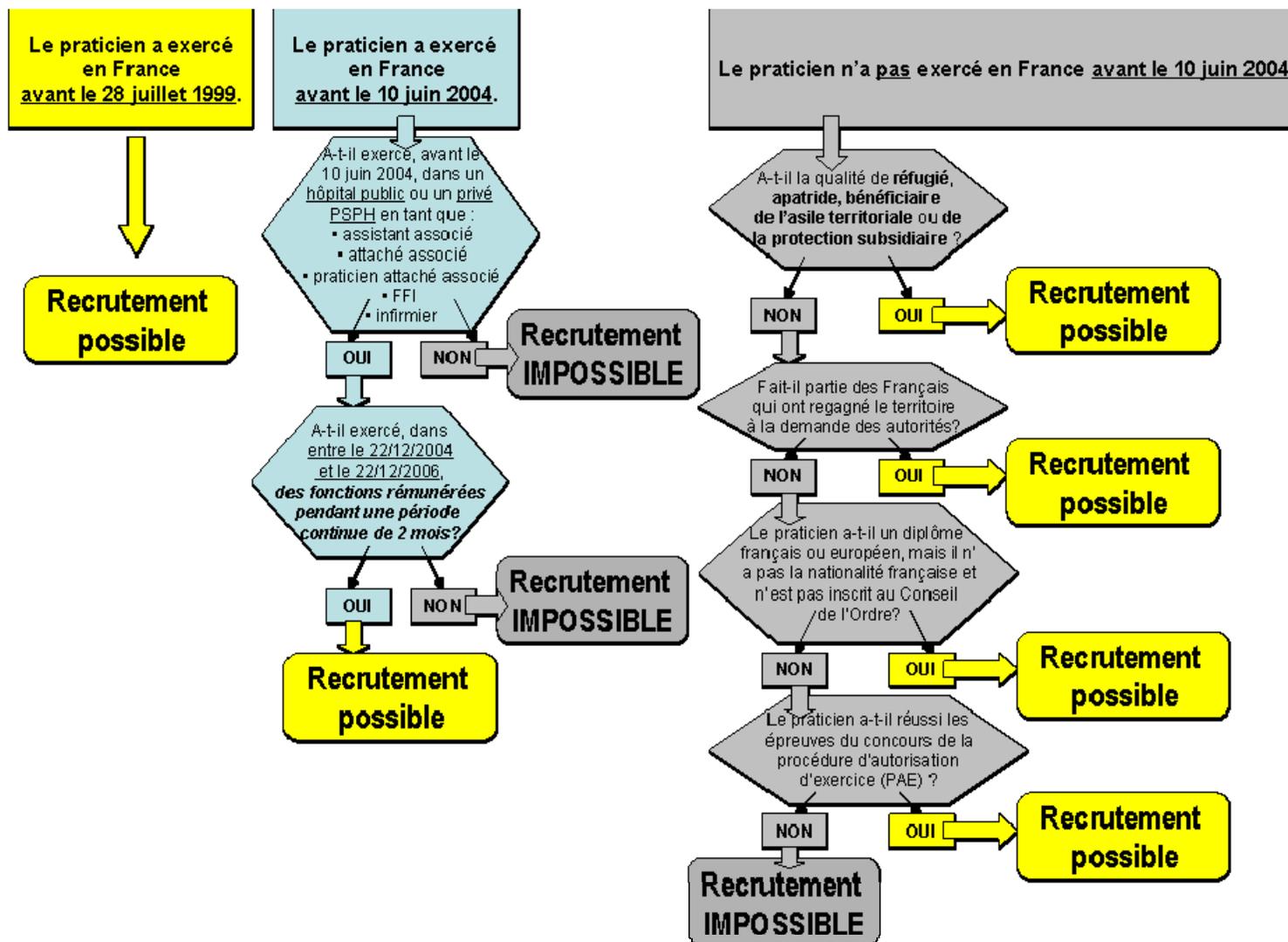


Schéma n°4 – Les praticiens pouvant être recrutés sous un statut de praticien attaché associé ou d’assistant associé

2.3 S'assurer des qualifications professionnelles des médecins à diplôme étranger

Avoir développé des instruments efficaces pour recruter un candidat ne suffit pas à réaliser un recrutement efficace : il faut avant tout que le médecin ait les qualifications requises. Si pour un médecin diplômé en France candidat sur un poste, le contrôle de ses références est aisé, il n'en est rien lorsqu'il s'agit d'un médecin à diplôme étranger, tout particulièrement lorsqu'il n'a jamais exercé en France. **Comment alors s'assurer des compétences professionnelles de ces médecins ?**

Si la reconnaissance des diplômes est automatique pour les diplômés dans un État de l'Union européenne (2.3.1), il se pose la question de la garantie des diplômes extracommunautaires (2.3.2), apportée par la seule réussite aux épreuves de la procédure d'autorisation d'exercice (2.3.3).

2.3.1 La reconnaissance « automatique » des diplômes communautaires : la garantie du respect d'exigences minimales

La liberté de circuler et de travailler dans tous les États membres est une des libertés fondamentales de l'Union européenne. Elle a été rendue possible pour les médecins dès 1975, à travers des directives sectorielles, sur lesquelles s'appuie la directive 2005/36/CE, qui constitue le cadre juridique actuel. Ces directives ont défini les exigences minimales de formation médicale et de reconnaissance des professions régulées, et particulièrement :

- la longueur minimale des études médicales basiques (au minimum six années pour obtenir le diplôme de médecine)
- la division entre formation théorique et formation pratique
- la longueur minimale des études de spécialité
- la classification des différentes spécialités¹¹⁸.

Ainsi, tous les États membres sont obligés de donner une reconnaissance de diplôme égale à tous les professionnels diplômés dans un autre État membre, et doivent considérer ces professionnels comme leurs nationaux.

¹¹⁸ Cette classification peut s'avérer problématique pour des spécialités qui ne sont pas reconnues dans tous les États membres. Ainsi, en France, « les maladies infectieuses » ne constituent pas une spécialité mais une sur-spécialité pour les internistes. Un médecin spécialiste en « maladies infectieuses » dans un autre État membre ne pourra pas être recruté comme (praticien attaché ou assistant) spécialiste en France, mais comme (praticien attaché ou assistant) généraliste. Cela peut être source d'une réelle frustration pour le médecin, qui n'aurait d'autre choix pour se voir reconnaître sa spécialité que de refaire une spécialité en médecine interne. Une telle frustration peut motiver le départ de la France.

La reconnaissance est automatique pour tous les diplômes qui ont été obtenus après l'entrée du pays dans l'Union européenne ; ainsi les diplômes allemands, italiens ou belges sont largement reconnus. Le cas est plus complexe pour les nouveaux entrants puisque les diplômes sanctionnant une formation commencée avant l'adhésion sont présumés ne respectant pas l'ensemble des exigences minimales. Ces diplômés ont alors besoin d'une attestation voire de deux attestations supplémentaires émanant de leurs autorités qui précisent que leur diplôme est conforme aux exigences minimales de formation, comme l'indique le schéma n°5.

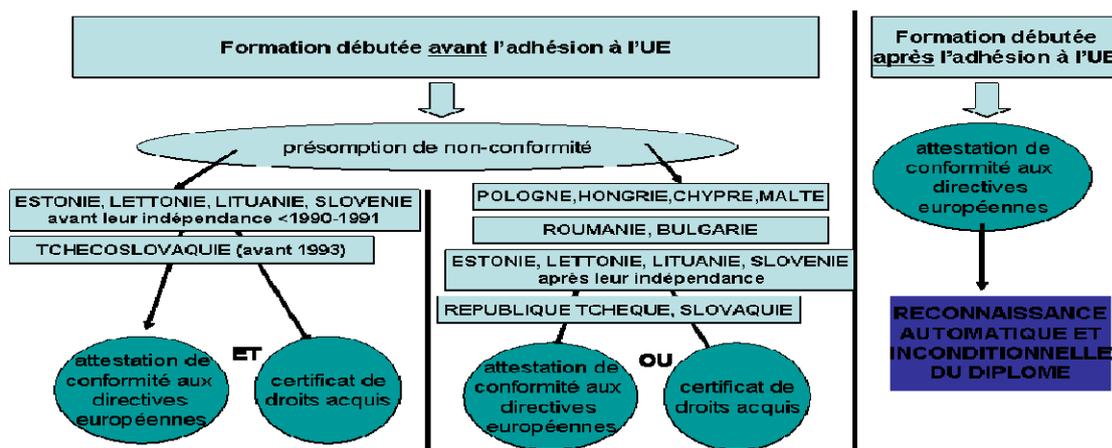


Schéma n°5 – La reconnaissance des diplômes communautaires : attestations nécessaires ou reconnaissance inconditionnelle

En définitive, la reconnaissance automatique des diplômes communautaires traduit le **respect d'exigences minimales** mais en aucun cas que la formation est conforme au standard français. Pour autant, le respect d'exigences minimales de formation est préférable à la situation des diplômes extracommunautaires qui n'apportent pas de telles garanties.

2.3.2 La difficile question des diplômes extracommunautaires : quelles garanties ?

La question de la garantie apportée par les diplômes extracommunautaires nous semble d'autant plus aigüe actuellement, devant la « facilité » qui est donnée aux hôpitaux de recruter des médecins avec un diplôme communautaire. Il ressort des entretiens que des informations circulent sur la qualité moindre des diplômés venant de tel ou tel pays d'Europe centrale et les PADHUE s'érigent en dignes représentants de la médecine française¹¹⁹, face aux diplômés communautaires qui n'ont ni la maîtrise suffisante de la langue, ni la connaissance de la manière dont s'exerce la médecine en France.

¹¹⁹ Entretiens téléphoniques avec les présidents des syndicats des PADHUE, Jamil AHMIS (FPS) et Talal ANNANI (INPADHUE).

Pour autant, le diplôme d'un praticien diplômé hors Union européenne ne bénéficie d'aucune reconnaissance automatique des diplômes. Un cas particulier existe : *lorsque qu'un médecin diplômé de médecine hors Union européenne a vu son diplôme extracommunautaire reconnu dans un État membre de l'Union européenne, ce qui lui a permis d'y exercer la médecine*. S'il demande à un second État membre l'autorisation d'exercer la médecine, cet État doit « *prendre en considération l'ensemble des titres et l'expérience pertinente de ce ressortissant lorsqu'[il] examine la question de savoir s'il y a lieu d'accorder une telle autorisation* »¹²⁰. La France a été condamnée par la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) et a été mis en demeure par la Commission avant de transposer, enfin, les dispositions de la directive 2005/36/CE dans le droit français par l'ordonnance n°2008-507 du 30 mai 2008. Aussi, un médecin diplômé en Argentine, qui a vu son diplôme reconnu par l'Espagne où il y a exercé, doit pouvoir exercer en France, de manière privilégiée (par rapport aux autres diplômés argentins qui n'auraient pas encore obtenu la reconnaissance de leur diplôme en France). Aussi, une commission étudie le diplôme et l'expérience avant de reconnaître le diplôme¹²¹.

Le contexte actuel s'inscrit dans une plus grande exigence vis-à-vis de la qualité des diplômes extracommunautaires. Ainsi, le nouveau régime de formation spécialisée¹²² (diplôme de formation médicale spécialisée –DFMS – et diplôme de formation médicale spécialisée approfondie – DFMSA) ouvrant la possibilité au recrutement en tant que faisant fonction d'interne pose le principe d'un contrôle de connaissances préalable, lequel correspond au programme de l'examen classant national des étudiants en médecine français qui leur permet d'accéder à l'internat. De plus, les exigences deviennent plus importantes par rapport au niveau de langue française : à l'attestation de connaissance de la langue délivrée par les services culturels des ambassades succède la justification d'un niveau B2 en français¹²³.

Ces exigences de contrôle de connaissance et de maîtrise de la langue française se retrouvent dans les fondements de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE).

¹²⁰ Arrêt CJCE du 14 septembre 2000 : affaire C-238/98 HOCSMAN c/ Ministère de l'emploi et de la solidarité français.

¹²¹ Article L.4111-2 II CSP : *Dans le cas où l'examen des qualifications professionnelles attestées par ce titre et fondées sur l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès à la profession et son exercice en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation.* »

¹²² Voir ANNEXE 4.

¹²³ Voir l'ensemble de l'échelle (d'A1 le niveau plus faible à C2 le niveau le plus fort) : www.coe.int. Le titulaire d'un niveau B2 peut comprendre le contenu essentiel de sujets concrets ou abstraits dans un texte complexe, y compris une discussion technique dans sa spécialité. Il peut communiquer avec un degré de spontanéité et d'aisance tel qu'une conversation avec un locuteur natif ne comportant de tension ni pour l'un ni pour l'autre. Il peut s'exprimer de façon claire et détaillée sur une grande gamme de sujets, émettre un avis sur un sujet d'actualité et exposer les avantages et les inconvénients de différentes possibilités.

2.3.3 La réussite aux épreuves de la PAE : entre régularisation d'une pratique et reconnaissance restrictive des compétences professionnelles

Comme la plupart des pays de l'OCDE, la France a prévu des modalités de reconnaissance des diplômes de médecine obtenus à l'étranger, mais ces conditions sont particulièrement restrictives¹²⁴. La procédure d'autorisation d'exercice (PAE)¹²⁵ repose sur le principe d'épreuves de vérification des connaissances. L'ensemble de la procédure est détaillée par le schéma n°6.

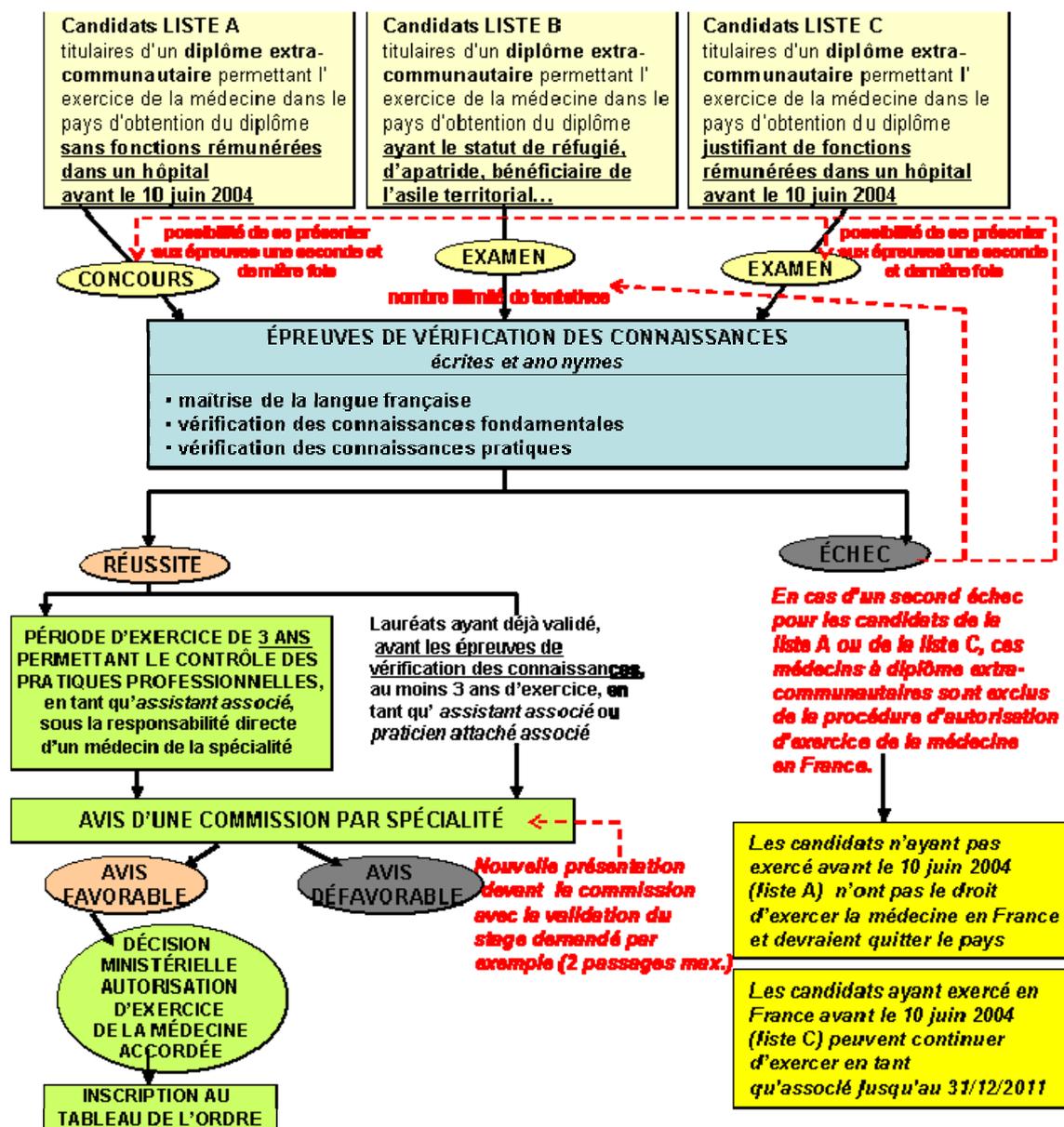


Schéma n°6 – La procédure d'autorisation d'exercice

¹²⁴ Voir la comparaison de la reconnaissance des qualifications étrangères dans différents pays de l'OCDE, en ANNEXE 7.

¹²⁵ La PAE, telle qu'elle s'organise aujourd'hui, est issue de l'article 83 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, précisée par le décret n°2007-123 du 29 janvier 2007, et a succédé à la nouvelle procédure d'autorisation (NPA) mise en place en 2004.

Les épreuves peuvent se passer de deux manières différentes :

- sous la forme d'un **concours** – la règle, pour lequel toutes les spécialités ne sont pas ouvertes et pour lequel des quotas sont fixés pour chaque spécialité ouverte¹²⁶.

- sous la forme d'un **examen** – durant une période transitoire courant jusqu'au 31 décembre 2011 de manière à ce que les PADHUE exerçant en France avant le 10 juillet 2004 puissent voir la régularisation de leur situation simplifiée. L'ensemble des spécialités sont concernées et il suffit au PADHUE d'avoir une moyenne de 10/20 pour être reçu.

En cas de réussite aux épreuves, le « lauréat PAE » est recruté sur un statut d'assistant associé pendant trois années, au cours desquelles ses compétences sont évaluées mais il peut être dispensé de cette période s'il a déjà exercé en tant qu'associé pendant une période de trois ans préalablement à sa réussite aux épreuves. A l'issue de cette période de trois ans, il dépose son dossier devant la commission d'autorisation d'exercice propre à chaque spécialité, qui décide de l'octroi de l'autorisation. Dans le cas où la commission considèrerait qu'il manque au médecin un stage pratique dans une spécialité, elle peut alors demander au médecin d'apporter la preuve d'un exercice dans cette spécialité avant de revenir devant la commission, qui lui accordera l'autorisation.

Le *projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire* prévoit quelques aménagements :

- **permettre de passer les épreuves du concours ou de l'examen de la PAE une troisième fois**. Cela décalerait mécaniquement la fin de la période transitoire au 31/12/2012 afin que les candidats aient eu leur trois chances – la participation aux épreuves étaient échelonnées entre 2007 et 2009.

- **remplacer l'épreuve de langue française**, source de contestations lors de la session 2007, **par la présentation d'une attestation de maîtrise de la langue française (niveau B2)**.

Les quotas actuels du concours ne peuvent correspondre aux besoins en médecins, puisqu'il n'est pas possible de savoir préalablement à la tenue des épreuves le nombre de médecins qui seront reçus à l'examen, dans chaque spécialité. C'est seulement à l'issue de la fin de la période transitoire que les quotas pourront être véritablement fixés en adéquation avec les besoins, si tant est qu'une analyse des besoins précise soit menée par le ministère de la santé...

Au demeurant, la réussite au concours ultrasélectif sera un gage de la qualité du diplôme du candidat, dans la mesure où de très bons candidats ne seront pas retenus du fait des quotas. Ces candidats non admis ne pourront alors pas exercer en France.

En définitive, la PAE est le symbole de la volonté de la France de s'adjoindre les services des meilleurs éléments médicaux diplômés en dehors de l'Union européenne.

¹²⁶ Pour 2008, seulement 15 places sont offertes en anesthésie-réanimation pour plus de 130 candidats.

Conclusion

Les médecins à diplôme étranger constituent les nouveaux « officiers de santé » de la France, par leur présence dans des territoires sinistrés désertés par les diplômés français et, pour les PADHUE, par des conditions d'exercice limitées. La conséquence est la suivante : plus de 90% des établissements enquêtés ne peuvent pas se passer des recrutements internationaux de médecins.

Ces recrutements internationaux se poursuivent. L'interdiction d'embauche de PADHUE n'ayant jamais exercé en France avant 1999 crée un biais en faveur des ressortissants communautaires diplômés dans les nouveaux États membres. Ainsi, 52% des établissements de notre enquête ont recruté depuis janvier 2007, c'est-à-dire depuis que le pays a adhéré à l'UE, des médecins roumains qui n'avaient jamais exercé en France. Aussi, il devient plus que jamais essentiel pour le manager hospitalier de relever le double défi de l'efficacité et de l'éthique, tout en respectant le cadre légal, comme le résume le schéma n°7.

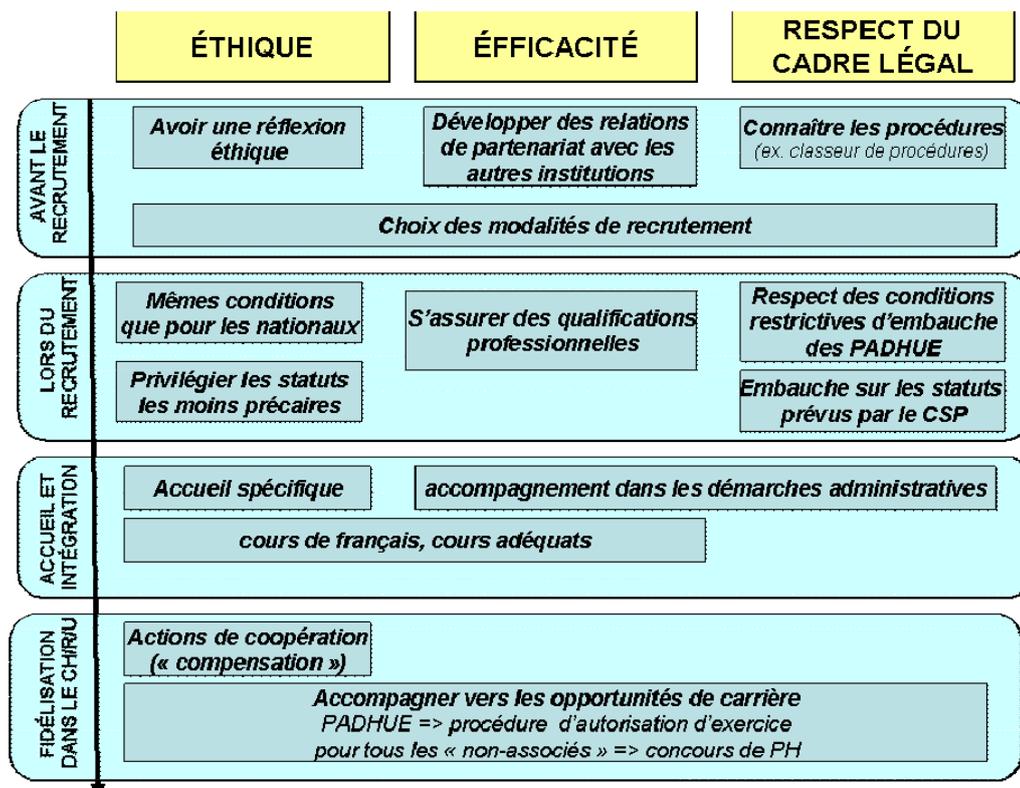


Schéma n°7 – Le recrutement international de médecins : la place de l'éthique, de l'efficacité et du respect de la réglementation

Le cadre légal actuel dispose que les recrutements de « nouveaux » PADHUE sont interdits sauf à ce qu'ils aient réussi le concours de la PAE. Pour autant, à la fin de la période transitoire en 2011 (ou en 2012), alors que la hausse du numerus clausus n'aura pas totalement porté ses fruits, les directeurs auront, une fois encore, une très grande responsabilité dans l'avenir des PADHUE en France. Il leur appartiendra de ne pas recruter, des candidats non lauréats de la PAE, comme ceux qui auront fini leur diplôme interuniversitaire de spécialité qui ne les autorise pas à exercer en France. Cela supposera que les pouvoirs publics agissent de manière à ce que les hôpitaux publics aient des médecins candidats sur les postes offerts. De l'attitude des managers hospitaliers, plus ou moins accompagnée par le ministère, dépendra la fin des procédures de régularisation successives ou la poursuite de ce cycle infernal, continuant à produire des règles peu claires et peu lisibles.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

DIRECTIVE 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. (www.europa.eu.int).

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

LOI N°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Journal officiel n°296 du 22 décembre 2006, p. 19315.

LOI N°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Journal officiel n°172 du 28 juillet 1999, p. 11229.

ORDONNANCE n°2008-507 du 30 mai 2008 portant transposition de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Journal officiel n°0126 du 31 mai 2008, p. 9009.

MINISTERE DE LA SANTÉ. Décret n°2007-123 du 29 janvier 2007 relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien. Journal officiel n°26 du 31 janvier 2007, p. 1890.

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Arrêté du 8 juillet 2008 sur le diplôme de formation médicale spécialisé et le diplôme de formation médicale spécialisée approfondie. Bulletin officiel du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche n°34 du 11 septembre 2008.

MINISTERE DE LA SANTÉ. Arrêté du 28 avril 2008 portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française mentionnées aux articles L.4111-2-I et L.4221-12 du code de la santé publique (session 2008). Journal officiel n°0104 du 3 mai 2008, p. 7414.

MINISTERE DE LA SANTÉ. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Journal officiel n°77 du 2 mai 2003, p. 7655.

MINISTERE DE LA SANTÉ. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique. Journal officiel n°77 du 1er avril 1999, p. 4854.

MINISTERE DE LA SANTÉ. Arrêté du 9 août 1991 portant application de l'article R. 5203 du code de la santé publique dans les établissements mentionnés à l'article L. 577 du même code. Journal officiel n°237 du 10 octobre 1991, p. 13284.

MINISTERE DE LA SANTÉ. 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, précisant les dispositions applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers titulaires de diplômes extra communautaires.

MINISTERE DE LA SANTÉ. Circulaire n°DHOS/M1/M2/DPM/DMI n°2007-85 du 1er mars 2007 relative aux conditions d'exercice et de recrutement en France des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmacien.

MINISTERE DE LA SANTÉ. Circulaire n°DHOS/M/2007/61 du 7 février 2007 relative à la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne (PAE).

MINISTERE DE LA SANTÉ. Circulaire DGS/OD/DH n°92-322 du 2 octobre 1992 relative aux règles de recrutement des faisant fonction d'interne, des assistants associés, des attachés associés et relative au respect des règles d'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et odontologiques dans les établissements publics de santé participant au service public hospitalier et les établissements privés participant au service public hospitalier.

OUVRAGES

European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, *Human Resources for health in Europe*, 249 p.

GISTI, avril 2008, *Guide de l'entrée et du séjour des étrangers en France*, 2008, La Découverte, 330 p.

CADIN Loïc, GUERIN Francis, PIGEYRE Frédérique, 2007, *Gestion des ressources humaines*, Dunod, 622 p.

CHARRIEAU Martine, JAGLIN-GRIMONPREZ Cécile, ORIO Martine, LUCAS André, 2007, *Textes de base consolidés du fichier permanent des personnels médicaux*, Éditions ENSP (mise au jour au 31 octobre 2007).

CLAUDE Jean-François, 1998, *L'éthique au service du management – concilier autonomie et engagement pour l'entreprise*, Editions Liaisons, 254 p.

HALIOULA Bruno, 2002, *Blouses blanches, étoiles jaunes*, Editions Liana Levi, 285 p.

ORIO Martine (coordination), 2008, *Fichier permanent des personnels médicaux*, EHESP Presse (mise au jour au 30 avril 2008).

PELJAK Dominique, 2004, *Guide des personnels médicaux hospitaliers*, Les Etudes hospitalières, 237 p.

PENEFF Jean, octobre 2005, *La France malade de ses médecins*, Editions Les empêcheurs de penser en rond/Le seuil, 358 p.

RAPPORTS

- **Rapports d'institutions internationales et d'organisations non gouvernementales**

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE - Interregional Tripartite Meeting on Health Services, 2006, *Orientation to social dialogue for countries participating in the Action Programme on International Migration of Health Care Workers: The supply side* [en ligne], Geneva, 25 p. [visité le 24.02.2008], disponible sur Internet:

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/publ/health/report.pdf>.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE), 2007, *Perspectives des migrations internationales* [en ligne], 415 p. [visité le 04.06.2008], disponible sur Internet : www.oecd.org .

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE), 2006, *Perspectives des migrations internationales* [en ligne], 329 p. [visité le 04.06.2008], disponible sur Internet : www.oecd.org .

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), mars 2008, *Déclaration de Kampala et programme pour une action mondiale* [en ligne], 18 p. [visité le 04.06.2008], disponible sur Internet : www.who.int .

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) – Région Europe, juin 2008, *La charte de Tallin : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité* [en ligne], 5 p. [visité le 06.08.2008], disponible sur Internet : www.euro.who.int .

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) – Région Europe, septembre 2007, *Investir dans le personnel de santé pour renforcer les systèmes de santé*, [en ligne], 4 p. [visité le 16.05.2008], disponible sur Internet : www.euro.who.int .

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2006, *Rapport sur la santé dans le monde – travailler ensemble pour la santé*, Genève, 215 p.

OXAM FRANCE – AGIR ICI, octobre 2007, *Immigration : qui choisit ?* [en ligne], 22 p. [visité le 16.05.2008], disponible sur Internet : www.oxfamfrance.org .

BACH Stephen, 2003, *International migration of health workers: labour and social issues* [en ligne], Working paper, International Labour Office, Geneva, 31 p. [visité le 05.06.2008], disponible sur Internet: www.ilo.org.

DURAND Martine, LEMAITRE Georges, septembre 2007, *La politique migratoire française à un tournant* [en ligne], Documents de travail de l'OCDE : Question sociales, emploi et migration n°56, 27 p. [visité le 16.05.2008], disponible sur Internet : www.oecd.org.

SIMOENS Steven, HUSRT Jeremy, janvier 2006, *The supply of physician services in OECD Countries* [en ligne], OECD Health working papers n°21, 62 p. [visité le 04.06.2008], disponible sur Internet : www.oecd.org .

WISKOW Christiane, 2006, *Health worker migration flows in Europe – overview and case studies in selected CEE countries: Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia* [en ligne], Working paper, International Labour Office, Geneva, 114 p. [visité le 22.02.2008], disponible sur Internet :

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp245.pdf>.

- **Rapports sur la démographie médicale**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM), septembre 2008, *L'atlas de la démographie médicale en France – situation au 1er janvier 2008*, 160 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM), décembre 2007, *Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne en France (inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins)*, 115 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM), 2007, *L'atlas de la démographie médicale en France – situation au 1er janvier 2007*, 103 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM), 2007, *L'atlas de la démographie médicale en France – situation au 1er janvier 2007- annexes*, 31 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM), 2006, *Démographie médicale française – les spécialités en crise, situation au 1er janvier 2006*, 90 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM), 2005, *Démographie médicale française – les spécialités en crise, situation au 1er janvier 2005*, 90 p.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DES PROFESSIONS DE SANTÉ (ONDPS), 2005, *Rapport annuel 2005 – synthèse générale*, 51 p.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DES PROFESSIONS DE SANTÉ (ONDPS), 2008, *Rapport annuel 2006-2007 – tome 2 – Les internes en médecine : démographie et répartition*, 96 p.

Documents du travail du Sénat, *La démographie médicale*, mai 2008, série législation comparée, 44 p.

BERLAND Yvon, septembre 2006, *Rapport de la mission « Démographie médicale hospitalière »*, 201 p.

BERLAND Yvon, avril 2005, *Rapport de la commission démographie médicale*, 61 p.

BERLAND Yvon (président de la mission), novembre 2002, *Rapport de la mission « Démographie des professionnels de santé »*, 114 p.

JUILHARD Jean-Marc (rapporteur), octobre 2007, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat sur la démographie médicale*, 45 p.

MOUQUET Marie-Claude, OBERLIN Philippe, août 2008, *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*, Dossiers Solidarités et Santé n°4, 119 p.

- **Autres rapports**

Cross-border recruitment of hospital professionals – final report to HOSPEEM and EPSU, may 2006, 30 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM) – Commission jeunes médecins, juin 2007, *Rapport de la Commission jeunes médecins*, 25 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM), avril 2006, *Etude de la problématique des PADHUE*, 11 p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, avril 2008, *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?*, 61 p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS), juillet 2003, *Développement de pratiques d'emplois médicaux temporaires*, 44 p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS), *La gestion des praticiens hospitaliers*, décembre 2002, 129 p.

MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, faits et chiffres, volume 1*, août 2008, 169 p.

AMIEL Michel, 1998, *Commission praticien adjoint contractuel*, 28 p.

BERLAND Yvon, octobre 2003, *Mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, 58 p.

BOUFFARTIGUE Paul, BOUTEILLER Jacques, juin 2005, *Les conditions de travail des médecins – intérêts et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux*, Série Etudes de la DREES n°50, 61 p.

DESAILLY-CHANSON Marie-Ange, avril 2008, *Rapport de mission au centre hospitalier de Carhaix*, 40 p.

DELAUTRE Guillaume, COHU Sylvie, LEQUET-SLAMA Diane, 2008, *La protection sociale : un aperçu de la situation en Bulgarie et en Roumanie*, Dossiers solidarité et santé n°3, 12 p.

JOURNIN Nicolas, WOLF Loup, octobre 2006, *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, Document de travail, Série Etudes, DREES, 127 p.

MARTINEAU Tim, WILLETS Annie, January 2004, *Ethical international recruitment of health professionals: will code of practice protect developing country health systems ?*, 28 p.

MCINTOSH Tim, TORGERSON Renée, KLASSEN Nathan, January 2007, *The ethical recruitment of internationally educated health professionals: lessons from abroad and options for Canada*, 36 p.

MILON Alain (rapporteur), avril 2008, *Rapport au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat sur l'avenir de la chirurgie en France*, 39 p.

ROBELET Magali, LAPEYRE-SAGESSE Nathalie, ZOLELIO Emmanuelle, janvier 2006, *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins – genre, carrière et gestion des temps sociaux : le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans*, note de synthèse pour le Conseil national de l'Ordre des médecins, 18 p.

VALLANCIEN Guy, AUBART François, CUQ François, mars 2008, *Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ?*, 34 p.

CODES DE PRATIQUES ETHIQUES DE RECRUTEMENT INTERNATIONAL

COMMONWEALTH, 2003, *Commonwealth code of practice for the international recruitment of health workers* [en ligne], 18 p. [visité le 10.06.2008], disponible sur Internet : www.thecommonwealth.org .

Department of Health – England, December 2004, *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals* [en ligne], 19 p. [visité le 10.06.2008], disponible sur Internet : www.nhsemployers.org .

NHS Scotland, 2006, *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals in Scotland* [en ligne], 20 p. [visité le 10.06.2008], disponible sur Internet : www.scot.nhs.uk .

CONFERENCES, DISCOURS ET ENQUETES

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM) – INSTITUT BVA, mars 2007, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*, 37 p.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS), juin 2007, *Enquête sur les médecins à diplôme hors Union européenne*, 13 p.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS), juin 2005, *Synthèse de l'enquête sur les médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice*, 17 p.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF) – TNS SOFRES, mars 2007, *Perception du métier de médecin par les étudiants en médecine – synthèse du rapport d'études*, 5 p.

MEDEC, *Conférence inaugurale du MEDEC 2003 – Démographie : difficultés présentes et à venir*, 11 mars 2003, Paris, documents du CNOM, 29 p.

SARKOZY Nicolas, 17 avril 2008, *Discours sur la réforme de l'hôpital* [en ligne], Neufchâteau, 9 p. [visité le 18.04.2008], disponible sur Internet : www.elysee.fr.

SARKOZY Nicolas, 18 septembre 2008, *Discours sur le thème de la politique de la santé et de la réforme du système de soins* [en ligne], Bletterans, 8 p. [visité le 19.09.2008], disponible sur Internet : www.elysee.fr.

ARTICLES

AHMAD Omar B., 2 juillet 2005, « Managing medical migration from poor countries », *British Medical Journal* [en ligne], vol. 331, p. 43-45. [visité le 07.07.2008], disponible sur Internet : www.bmj.com .

ANAND Sudhir, BÄRNIGHAUSEN Till, October 2004, « Human resources and health outcomes: cross-country econometric study », *The Lancet*, vol. 364, pp. 1603-1609.

AVGERINOS Efthimios D., KOUPIDIS Sotirios A., FILIPPOU Dimitrios K., 2004, « Impact of the European Union enlargement on health professionals and health care systems », *Health Policy*, vol. 69, pp. 403- 408.

- BAIONI Daniel, mai-juin 1998, « Ethique de la décision : solitude de la responsabilité », *Entreprise Santé*, n°15, pp. 20-22.
- BARREAU Olivier, VALLET Benoît, LEBURGUE Fabrice, février 2008, « Nord-Pas-de-Calais – une approche régionale de la démographie médicale », *Revue Hospitalière de France*, n°520, pp. 18-23.
- BESSIERE Sabine, BREUIL-GENIER Pascale, DARRINÉ Serge, novembre 2004, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Etudes et résultats*, n°352, 12 p.
- BRAICHET Jean-Marc, novembre 2007, « La pénurie des professionnels de santé, un enjeu mondial », *Soins cadres de santé*, n°64, pp. 20- 21.
- BUCHAN James, 2007, « Health worker migration in Europe: assessing the policy options », *Eurohealth* [en ligne], vol. 13, n°1, pp. 6- 8. [visité le 07.03.2008], disponible sur Internet: <http://www.euro.who.int/observatory> .
- BUI Dang Ha Doan, décembre 2005, « Pénurie et sureffectif des médecins en France : un apport des projections démographiques », *Courrier des statistiques* n°116, pp. 3-6.
- CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDES ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ (CREDES), mars 2001, « Les besoins en médecins – état des connaissances et pistes de recherche », *Questions d'économie de la santé*, n°35, 6 p.
- COUFFINHAL Agnès, MOUSQUES Julien, décembre 2001, « Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques », *Questions d'économie de la santé*, n°45, 6 p.
- DE SAINT ROMAN Henri, 4 septembre 2008, « La difficulté d'insertion des médecins étrangers – un généraliste roumain déserte le village de l'Aisne qui l'a accueilli », *Le Quotidien du Médecin*, n°8411, p. 4.
- DUSSAULT Gilles, FRANCESCHINI Maria Christina, May 2006, « Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce », *Human Resources for Health* [en ligne], 16 p. [visité le 07.03.2008], disponible sur Internet: www.human-resources-health.com .
- DUSSOL Alexis, mai-juin 1998, « Le médecin étranger à l'hôpital public », *Entreprise Santé* n°15, pp. 18-19.
- EASTWOOD J.B., CONROY R.E., NAICKER S., WEST P.A., TUTT R.C, PLANGE-RHULE J., May 2005, «Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK », *The Lancet* [en ligne], vol. 365, pp. 1893-1900. [visité le 12.02.2008], disponible sur Internet : www.thelancet.com .
- FRECHOU Hélène, GUILLAUMAT-TAILLIET François, juin 2008, « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 », *Etudes et résultats*, n°643, 8 p.
- GATTUSO Christophe, 18 juin 2008, « Installation : Sarkozy prêt à des décisions fortes – incrédules, les jeunes médecins demandent des éclaircissements », *Le Quotidien du Médecin*, n° 8394, p. 3.

GEORGE Jyothis T., ROZARIO Kavitha S., ANTHONY Jeffrin et al., February 2007, « Non-European Union doctors in the National Health Service : why, when and how do they come to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland », *Human Resources for Health* [en ligne] vol.5, n°6, 6 p. [visité le 05.06.2008], disponible sur Internet: <http://www.human-resources-health.com/content/5/1/6>.

HAGER Wolfgang, JENNETT Nicholas, 2002, « Human capital for accession – a proposal for the EU », *Eurohealth* [en ligne], vol. 8, n°2, pp. 20- 22. [visité le 07.03.2008], disponible sur Internet: <http://www.euro.who.int/observatory> .

HOUDART Philippe, MALYE François, VINCENT Jérôme, 28 août 2008, « Les mercenaires de l'hôpital », *Le Point*, n°1876, pp. 82-83.

KROSNAR Katka, February 2004, « Could joining EU club spell disaster for the new members? », *British Medical Journal* [en ligne], vol. 328, p. 310. [visité le 27.03.2008], disponible sur Internet : www.bmj.com .

LALEMAN Geert, KEGELS Guy, MARCHAL Bruno et al., July 2007, « The contribution of international health volunteers to the health workforce in sub-Saharan Africa », *Human Resources for Health* [en ligne] vol.5, n°19, 9 p. [visité le 05.06.2008], disponible sur Internet: www.human-resources-health.com.

LUCAS André, mai-juin 1998, « Ethique et GRH dans la fonction publique hospitalière – pour une Gestion Respectueuse des Hommes », *Entreprise santé*, n°15, pp. 26-28.

MÄKINEN Mia M., AÄRIMAA Markku, 2001, « The challenge of professional freedom », *Eurohealth* [en ligne], vol. 7, n°4, pp. 16- 17. [visité le 07.03.2008], disponible sur Internet: <http://www.euro.who.int/observatory> .

MARECKOVA Martina, May 2004, « Exodus of Czech doctors leaves gaps in health care », *The Lancet* [en ligne], vol. 363, pp. 1443-1446. [visité le 12.12.2007], disponible sur Internet : www.thelancet.com .

MELLOR Debbie, October 2003, « Commentary: Recruitment is ethical », *British Medical Journal* [en ligne], vol. 327, p. 928. [visité le 27.03.2008], disponible sur Internet : www.bmj.com .

MILLS Edward J., SCHABAS William A., WOLMINK Jimmy et al., February 2008, «Should active recruitment of health workers from sub-Saharan Africa be viewed as a crime ? », *The Lancet* [en ligne], vol. 371, p. 685-688. [visité le 12.08.2008], disponible sur Internet: www.thelancet.com .

NICHOLAS Sallie, 2002, « Movement of health professionals – trends and enlargement », *Eurohealth* [en ligne], vol.8, n°4, pp. 11-12. [visité le 07.03.2008], disponible sur Internet: <http://www.euro.who.int/observatory> .

NYS Jean-François, août 2007, « Migrations internationales et crise des personnels de santé au niveau mondial », *Soins cadres de santé*, n°63 (supplément), pp. S3-S4.

PANG Tikki, LANSANG Mary Ann, HAINES Andy, March 2002, « Brain drain and health professionals », *British Medical Journal* [en ligne], vol. 324, pp. 499-500. [visité le 27.03.2008], disponible sur Internet : www.bmj.com .

PATTEL Vikram, October 2003, « Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery? », *British Medical Journal* [en ligne], vol. 327, pp. 926-928. [visité le 27.03.2008], disponible sur Internet : www.bmj.com .

PELJAK Dominique, RAMA Aurélie, décembre 2006, « Les étrangers extracommunautaires à l'hôpital », *Droit, déontologie et soin*, vol.6, n°4, pp. 553-562.

PIGANEAU Karine, 20 mai 2008, « État des lieux ordinal des médecins étrangers – Belgique, Algérie, Allemagne : le tiercé gagnant », *Le Quotidien du Médecin*, n°8374, p. 3.

PIGANEAU Karine, 23 avril 2008, « Médecins à diplôme étranger – en terrain inconnu, Sarkozy veut tourner la page », *Le Quotidien du Médecin*, n°8359, p. 2.

PIGANEAU Karine, 16 janvier 2008, « Autorisation des médecins à diplôme étranger – des candidats sont tombés sur l'os de la langue française », *Le Quotidien du Médecin*, n°8290, p. 5.

PIGANEAU Karine, 6 décembre 2007, « Régularisation des médecins à diplôme étranger – un couac dans la PAE », *Le Quotidien du Médecin*, n°8272, p. 2.

PIGANEAU Karine, 16 novembre 2007, « La FPS réunit demain son 11ème congrès – l'horizon éclairci des médecins à diplôme étranger », *Le Quotidien du Médecin*, n°8258, p. 3.

PIGANEAU Karine, 12 novembre 2007, « Les conditions d'exercice des médecins étrangers – la HALDE a nouveau saisie », *Le Quotidien du Médecin*, n°8254, p. 6.

PIGANEAU Karine, 13 septembre 2007, « Premiers résultats de l'enquête Sesmat – 15% des médecins hospitaliers pensent jeter l'éponge », *Le Quotidien du Médecin*, n°8214, p. 6.

PIGANEAU Karine, 16 janvier 2007, « Libre installation des médecins dans l'Europe des 27 – Roumains et Bulgares coincés au portillon », *Le Quotidien du Médecin*, n°8084, pp. 3-4.

STILLWELL Barbara, DIALLO Khassoum, ZURN Pascal et al., October 2003, «Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges », *Human Resources for Health* [en ligne], 13 p. [visité le 17.03.2008], disponible sur Internet: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/8>.

TOURET Jean, CORIAT Pierre, BERLAND Yvon et al., avril 2008, « L'avenir de la démographie médicale hospitalière », *Gestions hospitalières*, n°475, pp. 228-234.

WATREMETZ Lydie, 29 août 2007, « L'ARIME recrute des médecins en Europe de l'Est », *Hospimedia* [en ligne]. [visité le 16.01.2008], disponible sur Internet: <http://www.hospimedia.fr>.

WINCKLER Martin, janvier 2004, « Les failles du système de santé français – Médecins sous influence », *Le Monde diplomatique*, p. 3.

WOLMARK Cyril, avril 2001, « Médecins étrangers : un pas vers l'égalité ? », *Plein Droit* [en ligne], n°49. [visité le 01.03.2008], disponible sur Internet: <http://survivreausida.net/a4748-medecins-etrangeurs-un-pas-vers-l-egalite.html>.

ZAJAC Monika, 2002 « EU Accession : implications for Poland's healthcare personnel », *Eurohealth* [en ligne], vol.8, n°4, pp. 13-14. [visité le 07.03.2008], disponible sur Internet: <http://www.euro.who.int/observatory>.

ZURN Pascal, DAL POZ Mario R., STILWELL Barbara, ADAMS Orvill, September 2004, « Imbalance in the health workforce », *Human Resources for Health* [en ligne], 12 p. [visité le 07.03.2008], disponible sur Internet: www.human-resources-health.com .

SITES INTERNET

Institutions et organismes français

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) :
www.conseil-national.medecin.fr

Fédération hospitalière de France (FHF) :
www.fhf.fr

Ministère de la santé :
www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr

Présidence de la république :
www.elysee.fr

Institutions, associations et organismes internationaux intervenant sur les questions de migrations et de santé

Banque mondiale :
www.banquemondiale.org

Office International du Travail (OIT):
<http://www.oit.org/public/french/dialogue/sector/sectors/health/socprot-migration.htm>

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) :
www.oecd.org

Organisation mondiale de la santé (OMS) :
www.who.int

Organisation mondiale de la santé (OMS) – région Europe :
www.euro.who.int

Association européenne des employeurs des hôpitaux et du secteur de la santé (HOSPEEM) :
www.hospeem.eu

Fédération syndicale européenne des services publics (FSEP/EPSU) :
www.epsu.org .

Syndicats des praticiens à diplôme hors Union européenne

Intersyndicale des praticiens à diplôme hors Union européenne (INPADHUE) :
www.snpadhue.com

Fédération des praticiens de santé (anciennement syndicat national des praticiens adjoints contractuels – SNPAC)
www.la-fps.fr

Agences de recrutement

AV RECRUTEMENT :

<http://www.av-recrutement.com>

Association à but non lucratif pour la recherche et l'installation de médecins européens (ARIME) :

<http://www.arime.fr>

RIVIERE CONSULTING:

<http://www.riviere-consulting.com>

PARAGONA:

<http://www.paragona.com>

Autres

Legifrance :

www.legifrance.gouv.fr

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE):

www.insee.fr

Hospimedia:

<http://www.hospimedia.fr>

Liste des illustrations

Liste des graphiques

Graphique n°1	Evolution de l'effectif des médecins en activité et de la densité médicale (1982-2006)
Graphique n°2	Médecins en activité pour 1000 habitants dans certains pays de l'OCDE (2004)
Graphique n°3	Densité médicale hospitalière totale par région (2006)
Graphique n°4	Proportion des médecins travaillant en établissement de santé qui exercent dans le secteur privé (2006)
Graphique n°5	Densité médicale pour 1 000 habitants dans les principaux pays dont sont originaires les PADHUE, comparée à la densité médicale française (2004)

Liste des schémas

Schéma n°1	Les différentes catégories parmi les médecins diplômés à l'étranger
Schéma n°2	Les composantes du recrutement « éthique » de médecins à diplôme étranger
Schéma n°3	Les acteurs intervenant dans la procédure de recrutement d'un médecin à diplôme étranger
Schéma n°4	Les praticiens pouvant être recrutés sous un statut de praticien attaché associé ou d'assistant associé
Schéma n°5	La reconnaissance des diplômes communautaires : attestations nécessaires ou reconnaissance inconditionnelle
Schéma n°6	La procédure d'autorisation d'exercice
Schéma n°7	Le recrutement international de médecins : la place de l'éthique, de l'efficacité et du respect de la réglementation

Liste des tableaux

Tableau n°1	Caractéristiques des statuts des praticiens à diplôme extracommunautaire ne disposant pas de la plénitude d'exercice
Tableau n°2	Actions possibles des établissements pour répondre aux problèmes de migration dans le secteur hospitalier
Tableau n°3	Le recrutement du personnel médical par l'intermédiaire de cabinets de chasseurs de tête au sein du CHR d'Orléans
Tableau n°4	Comparaison des modalités de fonctionnement entre agences de recrutement
Tableau n°5	Le contenu du classeur de procédures de recrutement des médecins à diplôme étranger du CHR d'Orléans

Liste des annexes

- ANNEXE 1** Enquête sur le recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics français
-
- ANNEXE 2** Liste des personnes contactées pour la réalisation du mémoire
- ANNEXE 3** Tableaux des calculs de la densité médicale hospitalière et de la proportion de médecins exerçant dans le privé, à la base des graphiques n°3 et n°4
- ANNEXE 4** Dispositifs de formations complémentaires en France pour des médecins diplômés à l'étranger : comparaison entre le régime « AFS/AFSA » et le régime « DFMS/DFMSA » mis en place à partir de la rentrée universitaire 2009-2010
- ANNEXE 5** Tableau synthétique des droits des prescripteurs en fonction de leurs statuts au CHR d'Orléans (procédure interne)
- ANNEXE 6** Tableau comparatif des agences de recrutement contactées (AV RECRUTEMENT, ARIME, PARAGONA) sur les modalités de fonctionnement et leurs offres
-
- ANNEXE 7** Tableau des législations comparées en matière de reconnaissance des diplômes et de politique migratoire dans certains pays de l'OCDE (États-Unis, Royaume-Uni, France, Allemagne, Belgique)

ANNEXE 1 – Enquête sur le recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics français

Le questionnaire a été diffusé à **289 établissements publics de santé**, ayant une **activité médecine-chirurgie-obstétrique**, soit directement auprès du directeur en charge des affaires médicales, soit auprès du directeur de l'établissement en cas de manque d'informations ou d'absence de mise à jour sur le site Internet de la FHF (www.fhf.fr). Ainsi, les hôpitaux locaux ou les établissements ayant abandonné leur activité de chirurgie ou d'obstétrique n'ont pas été contactés.

Les questionnaires ont été envoyés à la mi-juin 2008. Le retour était prévu pour le 10 juillet 2008. Une relance a été effectuée quelques jours avant cette date auprès de 160 CH. Une relance a été faite, par Geneviève ETRONNIER, maître de stage, auprès des CHU, et auprès des établissements de la région Centre. Les derniers questionnaires ont été réceptionnés à la fin du mois d'août.

65 établissements ont répondu à cette enquête.

Cette enquête est *déclarative* et repose donc sur les réponses qu'ont bien voulu fournir les établissements. Pour autant, le caractère anonyme de l'enquête – puisque seuls 12% des établissements ont accepté de lever l'anonymat – ou la qualité d'élève directeur du demandeur ont permis une grande franchise dans les réponses, les répondants n'hésitant pas à indiquer qu'ils ne respectent pas la législation ou que la pratique diffère sûrement de ce qui a été défini au niveau institutionnel.

CONTEXTE GENERAL DE L'ETABLISSEMENT

Q1 : Nombre de lits en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) :

Nombre d'hôpitaux contactés	Nombre d'hôpitaux qui ont répondu	Taux de réponse	
55	11	20%	Moins de 150 lits en MCO
61	10	16%	De 150 à 249 lits en MCO
107	22	21%	De 250 à 499 lits en MCO
40	14	35%	De 500 à 999 lits en MCO
26	8	31%	Plus de 1000 lits en MCO

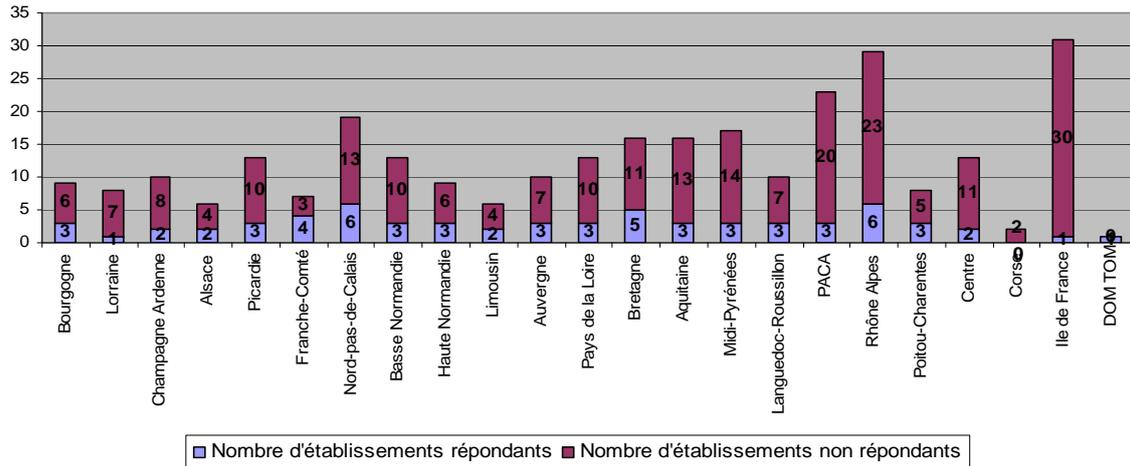
Q2 : Catégorie d'établissement :

Nombre d'hôpitaux contactés	Nombre d'hôpitaux qui ont répondu	Taux de réponse	
260	55	21%	Centre hospitalier (CH) et Centre hospitalier intercommunal (CHI)
3	2	67%	Centre hospitalier régional (CHR)
26	8	31%	Centre hospitalier régional universitaire (CHRU)

65 établissements sur les 289 établissements contactés ont répondu.
Le taux de réponse global à notre enquête est de 22%.

Q3 : Merci de préciser le département et la région administrative au sein desquels est localisé votre établissement :

Etablissements enquêtés et répondants par région



Q4 : Nombre de personnels médicaux au 1^{er} juin 2008 – merci de lister les médecins par catégorie statutaire :

	Nombre de personnes physiques
Nombre total de personnels médicaux - hors internes et faisant fonction d'internes	15 732 (sur 57 établissements qui ont répondu)
Nombre de praticiens adjoints contractuels	22
Nombre de assistants associés	246
Nombre de praticiens attachés associés	390
Nombre de praticiens contractuels titulaires d'un diplôme d'un Etat membre de l'Union européenne	203
Nombre de praticiens hospitaliers associés	36
Nombre de chefs de clinique associés des universités et d'assistants associés des universités, chargé de fonctions hospitalières	12

Q5 : Veuillez préciser le nombre d'internes et le nombre de faisant fonction d'internes dans votre établissement pour le semestre de mai à novembre 2008 :

Nombre d'internes = 3881

Nombre de FFI = 550

Les médecins à diplôme extracommunautaire sans la plénitude d'exercice (hors FFI) représentent de 0% à 26% des effectifs médicaux totaux. Le maximum a été trouvé dans un établissement de moins de 150 lits MCO.

Ainsi, les PADHUE sans la plénitude d'exercice se répartissent de la manière suivante :

- 46% de FFI
- 21% d'assistants associés
- 33% de praticiens attachés associés.

Les FFI représentent 12,4% de la masse d'internes – faisant fonction d'internes.

Q6 : Votre établissement a-t-il des problèmes de recrutement de personnels médicaux ?

(63 répondants)

92% OUI*

8% NON

***Q6 BIS : Si OUI, veuillez indiquer les spécialités pour lesquelles vous rencontrez le plus de difficultés pour le recrutement de personnels médicaux – si possible, veuillez hiérarchiser les trois spécialités pour lesquelles le problème de recrutement est le plus aigu.**

Les deux spécialités pour lesquelles les difficultés de recrutement sont les plus aigües sont l'ANESTHESIE-REANIMATION et la RADIOLOGIE, citées par 66% des établissements.
Les spécialités CARDIOLOGIE, PEDIATRIE, PSYCHIATRIE, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ont chacune été citées par près de 20% des établissements.

***Q6 TER : Si OUI, veuillez préciser les raisons qui, selon vous, incitent les médecins à ne pas candidater sur votre établissement : (48 répondants)**

48% des établissements répondants ont émis des raisons ayant trait à la localisation géographique de l'établissement ou au contexte propre à celui-ci : la « situation au nord de la Loire », « une zone rurale » « enclavée », « la Picardie », « l'éloignement des CHU », « la météo médiocre », mais aussi « la petite taille de l'établissement », « les personnalités de certains praticiens en place », « un problème lié à la réputation du service », « l'absence de plateau technique pour la cardiologie interventionnelle »...
31% des répondants ont mis en avant la concurrence du privé, en termes de rémunération et/ou de contraintes plus légères pour la permanence des soins.

RECRUTEMENT DE MÉDECINS A DIPLOME ÉTRANGER

Par « **diplôme étranger** », on considère ici le **diplôme de docteur en médecine** sanctionnant une formation de base – et non le diplôme de spécialité.
Lorsque aucune précision n'est apportée, on entendra par « **diplôme étranger** », le **diplôme de médecine obtenu en dehors de la France, que ce soit dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat situé en dehors de l'Union européenne.**

Q7 : Avez-vous recours à des médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger ?

100% OUI

0% NON

Q8 : Avez-vous recruté, depuis le 28 juillet 1999, des médecins à diplôme extracommunautaire qui n'avaient jamais exercé en France auparavant ?

60% OUI

40% NON

60% des établissements ont donc recruté de manière illégale des médecins à diplôme extracommunautaire depuis la publication de la loi n°99-641 qui a interdit le recrutement de PADHUE qui n'ont pas exercé en France auparavant.

Q9 : Avez-vous recruté, depuis le 1^{er} janvier 2007, des médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger?

98% OUI*

2% NON

***Q9 BIS : Si OUI, avez-vous recruté, depuis le 1^{er} janvier 2007, des médecins ayant obtenu leur diplôme de médecine en Roumanie et qui n'exerçaient pas en France avant leur recrutement ?**

55% OUI 62 répondants 45% NON

***Q9 TER : Avez-vous recruté, depuis le 1^{er} janvier 2007, des médecins ayant obtenu leur diplôme de médecine en Bulgarie et qui n'exerçaient pas en France avant leur recrutement?**

8% OUI 62 répondants 92% NON

Q10 : Parmi les assistants associés, les praticiens attachés associés, les praticiens adjoints contractuels et les praticiens contractuels titulaires d'un diplôme obtenu dans un pays de l'UE, veuillez préciser, dans le tableau des pages suivantes, le nombre de praticiens titulaires d'un diplôme de médecine obtenu dans un des pays cités ci-dessus, ainsi que le nombre de praticiens ayant la nationalité des pays listés ci-dessus.

*Malheureusement, ces renseignements demandaient trop de travail aux directions des affaires médicales, dans lesquelles les agents ont dû sortir les dossiers des médecins un à un pour vérifier la nationalité du diplôme et la nationalité du médecin.
Aussi, cette question a été remplie de manière trop aléatoire, ne permettant pas une bonne analyse des réponses.*

Il est cependant apparu que **97 médecins roumains qui n'avaient auparavant pas exercé en France ont été recrutés depuis le 1er janvier 2007** par les 34 établissements ayant répondu positivement à la Q9 BIS.

Q11 : Veuillez indiquer le nombre de praticiens à diplôme étranger que vous avez recruté dans chaque spécialité depuis le 1^{er} janvier 2007 ?

Cette question a été remplie de manière trop aléatoire, ne permettant pas une exploitation des réponses.

Q12 : Pour quelles raisons recrutez-vous des praticiens à diplôme étranger ?

Merci de préciser les raisons qui vous poussent à recruter des praticiens à diplôme étranger (en cochant « X » dans la colonne « oui »). Si plusieurs raisons sont valables, merci de ne cocher que les trois raisons les plus fréquentes à l'origine d'un recrutement d'un praticien à diplôme étranger.

OUI	Raisons du recrutement d'un praticien à diplôme étranger :
84%	Aucun candidat avec un diplôme français pour le poste recherché
69%	Candidature jugée intéressante par le chef de service, le président de la CME et/ou la direction
55%	Impossibilité de recruter rapidement un autre praticien
33%	Permet d'éviter le recours à du personnel médical intérimaire ou « mercenaire »
6%	Recrutement dans le but de les spécialiser conformément aux besoins spécifiques de l'établissement
5%	Recrutement moins onéreux qu'un recrutement de personnel médical diplômé en France

Q13 : Depuis le 1^{er} janvier 2007, vos derniers recrutements de personnel médical étranger ont concerné : *Merci de préciser quels personnels ont été concernés par vos derniers recrutements de personnel médical étranger (en cochant « X » dans la colonne « oui »).*

Cette question a été remplie de manière trop aléatoire, ne permettant pas une exploitation des réponses.

Q14 : Par quels moyens recrutez-vous des praticiens à diplôme étranger ?

Merci de préciser les modalités générales de recrutement des praticiens à diplôme étranger (en cochant « X » dans la colonne « oui »), ainsi que le nombre de praticiens recrutés depuis le 1^{er} janvier 2007 selon les modalités cochées.

	OUI	Moyens de recrutement des praticiens à diplôme étranger
83%	54	Candidature spontanée du candidat
28%	18	« Cabinet de chasseurs de tête »
25%	16	Réseau de médecins à diplôme étranger déjà présents dans l'établissement
25%	16	Annonces dans la presse médicale française
14%	9	Annonces sur des sites Internet spécialisés (type staffsanté)
8%	5	Annonces sur des sites Internet généralistes
3%	2	Filière internationale de recrutement d'un praticien hospitalier français
3%	2	ARIME (Association pour la Recherche et l'Installation de Médecins Européens)
-	0	Annonces dans la presse généraliste française
-	0	Associations francophones de médecins Merci de préciser le(s) pays :
-	0	Annonces dans la presse (médicale ou généraliste) étrangère
6%	4	Autres – merci de préciser : Réseau de médecins du CHU voisin, aide du CHU, candidat signalé par le CHU
3%	2	Recrutement suite à une mission d'intérim
2%	1	Contacts DRASS
2%	1	Contacts avec les autres établissements
2%	1	Démarche personnelle du chef d'établissement en Roumanie (=> 3 voyages, 3 Roumains recrutés)

Q15 : Le cas échéant, quelles sont les difficultés que vous rencontrez durant la procédure de recrutement d'un médecin à diplôme étranger (Union européenne ou hors Union européenne) ?

84% des répondants ont évoqué la lourdeur des démarches administratives.

Les autres ont relayé des difficultés pour vérifier les références des médecins à diplôme étranger, et plus largement, la complexité à apprécier les qualifications professionnelles de ces médecins.

Q16 : Le cas échéant, pouvez-vous indiquer des exemples de situations particulièrement problématiques ou de parcours particuliers de médecins à diplôme étranger exerçant dans votre établissement ?

Seulement 18 établissements ont répondu à cette question.

Au-delà des expériences particulières relatées, il se rencontre des points communs :

- la **complexité des réglementations et des conditions pour recruter**

- des cas de médecins très compétents recrutés après 2004 dont l'avenir dans l'établissement est menacé

- d'où **une certaine incompréhension** lorsque de tels médecins sont obligés de quitter l'établissement voire la France, alors qu'ils apportaient toute satisfaction, et que l'établissement est en « manque » réel de médecins.

Q17 : A quelle affirmation souscrivez-vous le plus ?

(Un seul choix possible) 57 répondants.

37%	« Ethiquement, ces recrutements sont discutables, mais je n'ai pas d'autres candidats ».
30%	« Je n'ai pas à tenir compte, au niveau de mon établissement, des conséquences des recrutements internationaux. C'est au niveau national que ces conséquences doivent être prises en compte ».
25%	« Si je ne recrute pas ce médecin à diplôme étranger, il sera de toute façon recruté dans un autre hôpital public et mon établissement restera en difficulté ».
9%	« Je n'ai jamais envisagé les conséquences que peut avoir le recrutement d'un médecin à diplôme étranger dans mon établissement pour le système de santé de son pays ».

Q18 : Développez-vous des actions de coopération en direction de certains pays dans lesquels les praticiens étrangers ont obtenu leurs diplômes ? (65 répondants)

17% OUI*

83% NON

*Q18 BIS : Si OUI, de telles actions de coopération ont été mises en œuvre à l'initiative :
12 établissements concernés

50%	d'un membre de l'équipe de direction – dont le directeur
25%	d'un médecin étant originaire ou ayant obtenu son diplôme de médecine dans le pays concerné par les actions de coopération
8%	d'un médecin
17%	Autre – merci de préciser : d'un membre de l'équipe de direction ET d'un médecin

*Q18 TER : Qui participe aux actions de coopération développées ?

25%	L'ensemble du corps médical
25%	En particulier les médecins à diplôme étranger ou d'origine étrangère
50%	Autre – merci de préciser : Modalités mixtes : direction et corps médical, uniquement des chirurgiens, certains chefs de service, directeur-ingénieur-PH-personnel non médical...

*Q18 QUATER : Merci de préciser la forme que prennent ces actions de coopération :

Les actions de coopération n'ont pas été suffisamment détaillées par les établissements. Pour autant, plus de la moitié concerne l'accueil de stagiaires ou d'étudiants étrangers en tant que FFI. Un établissement semble d'ailleurs développer un tel accueil comme filière de recrutement : « prospection sur Internet : recrutement sur statut de FFI ou d'associé pour finir leur cursus de spécialité en France et les former aux pratiques et exigences françaises, accompagnement dans les démarches visant à l'obtention in fine de la qualification ordinale et préparation au concours national de praticien hospitalier ».

L'action de coopération la plus aboutie parmi les hôpitaux enquêtés est celle du CH du Havre, **jumelé** avec un hôpital public du Congo depuis une quinzaine d'années : des médecins congolais sont accueillis en formation, et des missions de maintenance biomédicale et des formations paramédicales sont assurées au Congo par des équipes du centre hospitalier.

Q19 : Actuellement, pourriez-vous vous passer des recrutements internationaux de médecins ?

7,5% OUI

1,5% = non réponse

91% NON

ACCUEIL ET INTEGRATION DES MEDECINS A DIPLOME ETRANGER

Q20 : Réservez-vous un accueil spécifique aux médecins à diplôme étranger recrutés dans votre établissement ?

40% OUI*

60% NON

*Q20 BIS : Si OUI, merci de précisez la forme que prend cet accueil spécifique :

Les établissements ont spontanément indiqué **la mise à disposition d'un logement à titre gratuit pour une période plus ou moins longue (39%) et l'accompagnement dans les démarches administratives (11%)**.

L'encadrement est complet dans des établissements plus petits ou habitués à de tels recrutements. Des cours de langue peuvent être prévus, mais aussi des mises à l'épreuve. L'accueil peut être conduit par le président de la CME.

Q21 : Apportez-vous aux médecins à diplôme étranger recrutés des informations concernant le système de santé et le système hospitalier français ?

43% OUI

57% NON

Q22: Vous arrive-t-il de prendre en charge financièrement des sessions de perfectionnement du français pour un médecin à diplôme étranger quittant son pays pour venir travailler dans votre établissement ?

25% OUI

75% NON

Q23 : Considérez-vous, dans l'ensemble, que les praticiens à diplôme étranger s'intègrent et sont intégrés facilement dans les équipes médicales de votre établissement ?

91% OUI Non-réponse =2% 7% NON

Q24 : Avez-vous connaissance de difficultés liées à la présence de praticiens à diplôme étranger vis-à-vis des patients que vous recevez au sein de votre établissement ?

22% OUI Non-réponse =3% 75% NON

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR LES PRATICIENS A DIPLOME ETRANGER DANS VOTRE ETABLISSEMENT

LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE

Q25 : Les praticiens à diplôme étrangers peuvent-ils prescrire des médicaments ?

Pour chaque catégorie de praticiens (praticiens attachés associés, praticiens assistants associés, FFI, associés ayant réussi la PAE), veuillez préciser si les médecins de la catégorie peuvent prescrire des médicaments sans limitation, sur délégation automatique, sur délégation expresse ou ne peuvent pas prescrire de médicaments.

Praticiens ATTACHÉS associés	ASSISTANTS associés	Faisant fonction d'interne (FFI)	Praticiens PAE (en stage)	Les praticiens à diplôme étrangers peuvent-ils prescrire des médicaments ?
52%				OUI, sur délégation expresse du responsable de service <i>Le responsable de service se réserve le droit de déléguer ou non le droit de prescription, en fonction du travail du praticien</i>
26%				OUI, sur délégation automatique <i>La délégation existe mais est automatique pour chaque recrutement.</i>
14%				OUI, sans limitation <i>Aucune délégation n'est requise pour que le praticien à diplôme étranger puisse prescrire des médicaments.</i>
8%				NON

Q26 : Si les praticiens à diplôme étranger peuvent prescrire sur délégation, (qu'elle soit automatique ou expresse), les praticiens à diplôme étranger ont-ils le même périmètre de prescription que les internes ?

52%	OUI
41%	NON – L'étendue du droit de prescription est <u>plus importante</u> pour les praticiens à diplôme étranger que pour les internes.
7%	NON – L'étendue du droit de prescription est <u>moins importante</u> pour les praticiens à diplôme étranger que pour les internes.

Q27 : Quelle est l'étendue du droit de prescription pour les praticiens à diplôme étranger ?

53%	Tous les médicaments sans aucune limitation
30%	La plupart des médicaments à exclusion de certaines catégories de médicaments (notamment les stupéfiants)
17%	Uniquement les médicaments contenant des substances vénéneuses (médicaments standards)

Q27 BIS : Les praticiens à diplôme étranger peuvent-ils faire les **prescriptions de sortie** ?

54% OUI **Non-réponse=28%** **18%** NON

LES GARDES ET ASTREINTES

Q28 : Dans les services médicaux à garde, les praticiens associés prennent-ils des gardes ?
(59 répondants)

35%	OUI, sous couverture d'un senior de garde
35%	OUI, sous couverture d'un senior en astreinte
20%	OUI, comme tout autre praticien
10%	NON

Un établissement répondant sur cinq ne respecte pas la réglementation. Les articles détaillant les statuts dans le Code de la santé publique indiquent sans ambiguïté que les praticiens associés exercent « *sous la responsabilité directe* » du praticien dont ils relèvent.

Q29: Dans les services médicaux à astreinte, les praticiens associés participent-ils aux astreintes ? (63 répondants)

35%	OUI, avec une seconde astreinte d'un senior Le praticien senior n'est <u>pas rémunéré</u> pour cette seconde astreinte.
27%	NON
22%	OUI, avec une seconde astreinte d'un senior Le praticien senior est <u>rémunéré</u> pour cette seconde astreinte.
16%	OUI, sans doublure

Seulement 27% des établissements répondants respectent la réglementation (article R.6152-632 CSP pour les praticiens attachés associés, article R.6152-538 CSP pour les assistants associés). **16% des établissements (dont 2 CHU) qui ont répondu laissent faire librement, sans couverture, des astreintes aux praticiens associés.**

* * *

Je tiens sincèrement à vous remercier pour le temps consacré à remplir ce questionnaire.

Une synthèse de l'exploitation des questionnaires vous sera envoyée en octobre 2008.

Merci de cocher cette case (X) si vous acceptez que les données concernant votre établissement puissent être utilisées de manière non anonyme.

Seulement 8 établissements sur les 65 ont accepté de lever l'anonymat : le CH du Havre, le CH de Denain, le CH d'Armentières, le CH de Charleville-Mézières, le CHU de Toulouse, le CHU de Besançon, le CHU de Limoges et le CHR d'Orléans.

ANNEXE 2 – Liste des personnes contactées pour la réalisation du mémoire

Des entretiens ont été réalisés avec des **acteurs du CHR d'Orléans** :

- Monsieur Jean-Pierre GUSCHING (Directeur général du CHR d'Orléans)
- Madame Geneviève ETRONNIER (Directrice des affaires médicales)
- Dr Luliana DARASTEANU (praticien attaché diplômé en Roumanie, service des maladies infectieuses)
- Dr Anetta HULENYIOVA (praticien contractuel diplômé en République tchèque et en Slovaquie, service d'anesthésie réanimation adultes)

La Communauté médicale a été rencontrée lors des bureaux de la Commission médicale d'établissement, et de l'ensemble des réunions de ses sous-commissions.

En dehors des contacts par mail avec les répondants à notre enquête, des entretiens téléphoniques ont été réalisés avec des **acteurs externes au CHR d'Orléans** :

- avec des **directeurs en charge des affaires médicales** :

- Madame Marie SENGELEN, directrice adjointe des affaires médicales au CHU de Limoges
- Madame Julie DIGEON, directrice des affaires médicales au CH de Valenciennes
- Monsieur Christian BURGI, directeur des ressources humaines au CH de Villefranche sur Rouergue
- Monsieur Pascal GAUDRON, directeur des affaires médicales au CHU d'Amiens (contacts réguliers par mail)

- avec des **attachées en charge des affaires médicales** :

- Madame MINUCCI, AAH au CH de Charleville-Mézières
- Madame DECAILLON, AAH au CH de Versailles

- avec les **présidents des syndicats des PADHUE**

- Dr Jamil AHMIS, président de la Fédération des praticiens de santé (FPS)
- Dr Talal ANNANI, président de l'Intersyndicale des praticiens à diplôme hors UE (INPADHUE)

- avec des « **chasseurs de tête** »

- Madame Sophie LEROY, ARIME
- Monsieur Harald MOLANDER, PARAGONA
- Monsieur Ange VIAL, AV RECRUTEMENT

Chaque entretien a duré au minimum 45 min. La durée moyenne des entretiens était d'une heure

ANNEXE 3 – Tableaux des calculs de la densité médicale hospitalière et de la proportion de médecins exerçant dans le privé, à la base des graphiques n°3 et n°4

La densité médicale hospitalière a été considérée comme étant plus pertinente que la densité médicale des généralistes et celle des spécialistes, diffusées par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

La densité médicale hospitalière a été calculée en prenant en compte l'ensemble des médecins exerçant dans des hôpitaux publics et dans des établissements privés, à partir des données de la *Statistique annuelle des établissements de santé* (SAE) de 2006, et des données de l'INSEE.

Une correction a été apportée pour les médecins non exclusifs du secteur privé ; en effet, ces médecins sont déclarés comme « non exclusifs » par l'ensemble des établissements dans lesquels ils interviennent. Aussi, l'effectif régional des médecins non exclusifs a été divisé par deux, considérant que ces médecins travaillent dans au moins deux établissements. Leur nombre est sûrement encore surévalué, mais dans une proportion moindre que si la correction n'avait pas été effectuée.

	praticiens à l'hôpital public	praticiens salariés et libéraux travaillant dans le privé				TOTAL praticiens exerçant dans le privé	NOMBRE TOTAL DE PRACTICIENS EN ETABLISSEMENT	Proportion de médecins hospitaliers (publics) sur l'ensemble des médecins travaillant en établissement	Proportion de médecins exerçant dans le privé sur l'ensemble des médecins travaillant en établissement	population de la région	densité médicale hospitalière totale (secteur public & secteur privé) pour 100 000 habitants
		dont praticiens salariés du privé (PSPH)	dont praticiens libéraux (clinique à but lucratif)	Estimation du nombre de praticiens non exclusifs (SAE/2)							
Ile de France	22463	4673	2528	2736	9937	32400	69%	31%	11 491 046	282	
Alsace	2830	545	371	273	1189	4019	70%	30%	1 816 841	221	
Aquitaine	3737	772	956	795	2523	6260	60%	40%	3 098 819	202	
Auvergne	1819	344	381	190	915	2734	67%	33%	1 333 530	205	
Bourgogne	2216	250	448	190	888	3104	71%	29%	1 623 913	191	
Bretagne	3924	687	737	405	1829	5753	68%	32%	3 080 648	187	
Centre	3070	246	631	303	1180	4250	72%	28%	2 505 288	170	
Champagne-Ardenne	1923	104	319	239	662	2585	74%	26%	1 338 590	193	
Corse	372	35	118	119	272	644	58%	42%	278 650	231	
Franche-Comté	1767	135	138	80	353	2120	83%	17%	1 146 139	185	
Languedoc-Roussillon	3484	767	1055	876	2698	6182	56%	44%	2 519 707	245	
Limousin	1210	99	223	87	409	1619	75%	25%	725 301	223	
Lorraine	3087	746	402	287	1435	4522	68%	32%	2 338 744	193	
Midi-Pyrénées	3780	728	1273	368	2369	6149	61%	39%	2 755 383	223	
Nord pas de Calais	4897	1048	672	848	2568	7465	66%	34%	4 043 050	185	
Basse Normandie	1165	267	283	118	668	1833	64%	36%	1 448 857	127	
Haute Normandie	2217	219	501	195	915	3132	71%	29%	1 811 241	173	
Pays de la Loire	4202	556	882	334	1772	5974	70%	30%	3 426 371	174	
Picardie	2687	222	198	198	618	3305	81%	19%	1 886 445	175	
Poitou-Charentes	2217	132	449	224	805	3022	73%	27%	1 712 652	176	
PACA	6911	1597	1217	2625	5439	12350	56%	44%	4 780 989	258	
Rhône-Alpes	8506	1615	1504	830	3949	12455	68%	32%	6 004 957	207	
France - PROVINCE	66021	11114	12758	9581	33453	99474	66%	34%	49 676 115	200	
France métropolitaine	88484	15787	15286	12317	43390	131874	67%	33%	61 167 161	216	

ANNEXE 4 – Dispositifs de formations complémentaires en France pour des médecins diplômés à l'étranger : comparaison entre le régime « AFS/AFSA » et le régime « DFMS/DFMSA » mis en place à partir de la rentrée universitaire 2009-2010

	ANCIEN RÉGIME		NOUVEAU RÉGIME	
	<i>Arrêté du 1er août 1991</i>		<i>Arrêté du 8 juillet 2008</i>	
	Dernières inscription pour l'année 2008-2009. Les étudiants engagés en AFS ou AFSA auront jusqu'au terme de l'année universitaire 2012-2013 pour valider l'intégralité de leur formation.		A partir de la rentrée universitaire 2009-2010.	
	Attestation de formation spécialisée (AFS)	Attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA)	Diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS)	Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA)
Conditions préalables à l'inscription			Les candidats doivent satisfaire à des "épreuves de contrôle de niveau des compétences en médecine" , qui portent sur le programme des épreuves classantes nationales.	
			Les épreuves sont organisées, chaque année avant le 15 mars (services de coopération et d'action culturelle des ambassades de France à l'étranger). Toutes les disciplines et spécialités ne sont pas ouvertes chaque année.	
	Attestation de connaissance de la langue française délivrée par les services culturels de l'ambassade		Les candidats doivent produire une attestation de réussite au <u>test de connaissance de la langue française</u> (TCF, TEF) ou le <u>diplôme d'études en langue française (DELF)</u> , au minimum de niveau B2 .	
Candidats	Médecins étrangers, autres que ressortissants de l'Union européenne, et d'Andorre		Médecins étrangers, autres que ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace Economique Européen, de la Confédération suisse et de la principauté d'Andorre	
Conditions de diplôme des candidats	diplôme de médecin permettant l'exercice de la médecine dans le pays d'origine ou d'obtention du diplôme ET en cours de formation spécialisée	diplôme de médecin et diplôme de spécialiste permettant l'exercice de la spécialité dans le pays d'origine ou d'obtention du diplôme	diplôme de médecin permettant l'exercice de la médecine dans le pays d'origine ou d'obtention du diplôme ET en cours de formation spécialisée	diplôme de médecin et diplôme de spécialiste permettant l'exercice de la spécialité e dans le pays d'origine ou d'obtention du diplôme
		Si déjà en possession d'une AFSA ou d'une AFS ou DIU => 3 ans d'exercice dans leur pays d'origine avant de pouvoir s'inscrire en AFSA.		Un candidat déjà titulaire d'un DFMSA ne peut s'inscrire à un nouveau DFMSA qu'après un délai de 5 ans après obtention du premier DFMSA.
Ne peuvent pas s'inscrire ...			les titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS) ou d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation complémentaire (DISC), d'une AFS ou d'une AFSA.	
Durée minimale	2 semestres	1 semestre	2 semestres	1 semestre
Durée maximale	4 semestres	2 semestres	6 semestres	2 semestres
Recrutés comme	faisant fonction d'interne		faisant fonction d'interne	
Lieux d'exercice	"services agréés" pour les DES et DESC		"services agréés" pour les DES et DESC	
Caractéristiques du recrutement	FFI sur un poste vacant à l'issue du choix des internes ou FFI en surnombre (non rémunéré)		Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé <u>fixe</u> , chaque année, le nombre de places offertes , <u>par discipline et spécialité</u> et pour chaque <u>interrégion</u> .	
Contenu de la formation	permet de suivre une partie de la formation théorique et des stages de formation pratique des DES et DESC		permet de suivre des enseignements théoriques et des stages de formation pratique des DES et DESC	
Convention avec l'établissement d'origine	NON		Convention entre l'établissement universitaire d'origine et l'université d'accueil => fixe le nombre de semestres, objectifs, contenu des enseignements...	

ANNEXE 5 – Tableau synthétique des droits des prescripteurs en fonction de leurs statuts au CHR d'Orléans (procédure interne)

Comité des Examens Diagnostiques CED -PRO-005	PRESSCRIPTION MEDICALE	11/03/2002 3.0
--	------------------------	-------------------

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESCRIPTEURS AUTORISES

	Substances vénéreuses Médicaments dérivés du sang exclus	Stupéfiants	Produits sanguins labiles Médicaments dérivés du sang	Médicaments ATU et Essai clinique	Préparations magistrales, hospitalières et chimiothérapie anti cancéreuse	Médicament de rétrocessions	Prescription de sortie
PRESCRIPTEURS SANS LIMITATION							
Praticiens hospitaliers - temps plein ou partiel - titre provisoire - contractuels - attachés	Oui	Oui	Oui	Oui Selon monographie produits	Oui	Oui	Oui
Assistants spécialistes et généralistes	Oui	Oui	Oui	Oui Selon monographie produits	Oui	Oui	Oui
Praticiens adjoints contractuels	Oui	Oui	Oui	Oui Selon monographie produits	Oui	Oui	Oui
PRESCRIPTEURS SUR DELEGATION DU CHEF DE SERVICE (la délégation doit être écrite et remise à la direction des affaires médicales)							
Internes et résidents	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui si inscription ordre médecin (n° ADELI)	Oui si inscription ordre médecin (n° ADELI)
Assistants et attachés associés	Oui (CHR)	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Faisant fonction d'internes	Oui (CHR)	Non	Non	Non	Oui	Non	Non

NB :

Cas particulier des sages-femmes

Prescripteurs avec limitation de prescription (cf : arrêtés cités dans le paragraphe « Textes réglementaires »)

Redacteur - Dr TOUQUET GARNAUD - M. DROUARD - Mme MORANCAIS	Vérificateur - COMEDIMS - CME	Approbateur Direction des Usagers, de la Qualité et de la Communication	Date de mise en application 08/11/2007	Page 9/9
--	-------------------------------------	---	---	----------

ANNEXE 6 – Tableau comparatif des agences de recrutement contactées (AV RECRUTEMENT, ARIME, PARAGONA) sur leurs modalités de fonctionnement

	AV RECRUTEMENT	ARIME	PARAGONA
Date de création	2005	2007	2008 (en France)
Clients	Cliniques (60% des clients) Hôpitaux publics (40%)	Hôpitaux publics, collectivités territoriales	Hôpitaux publics
Entrée en contact avec les clients	mailing pour les hôpitaux	mailing pour les hôpitaux	Intervention à une réunion FHF
		"bouche à oreille"	Société "invitée" par l'ARH dans une réunion pour se présenter
Résumé des attentes des clients hospitaliers	praticien qui parle le français pour une intégration dans l'établissement pour une longue durée	publicité via la presse	Après quoi, contacts individuels (plutôt par téléphone, et mails en plus) pour expliquer sa différence avec les cabinets de recrutement classiques
		publicité via le questionnaire d'une élève directrice citant nommément l'ARIME	
EXPERIENCE - Nombre de médecins placés	une dizaine de médecins placés chaque année	une quarantaine depuis début 2007	<i>une trentaine en formation => en poste pour début 2009</i>
Profil des médecins proposés aux hôpitaux	médecins diplômés en France (55% de l'ensemble des médecins)	médecins diplômés dans l'Union européenne	médecins diplômés dans l'Union européenne
	médecins diplômés dans l'Union européenne (70% des médecins étrangers)	priorité donnée à des médecins avec une expérience en France => "seront plus réalistes"	
	médecins diplômés hors Union européenne (30% des médecins étrangers)	Beaucoup de Roumains (car ils ont une bonne base de français), de Tchèques et de Polonais	Risques moins élevés avec la reconnaissance automatique des diplômes
Méthode de "recrutement" des médecins	candidatures spontanées des candidats sur le site Internet		
	annonces sur divers sites médicaux (même en Espagne)	mailing à l'ensemble des praticiens avant la venue dans le pays pour informer de leur passage => information donnée sur l'obligation de maîtriser le français, d'avoir les compétences et d'avoir envie de s'installer au moins 5 ans	Annonces très précises sur des sites roumains, sur les sites de la presse médicale roumaine
		"bouche à oreille"	marketing dans différents pays d'Europe de l'Est => visite d'hôpitaux, rencontres, échanges
Délai moyen de recrutement	1 an	6 mois	7 mois (3 mois de recherche puis présélection => visite de l'hôpital => signature d'un contrat conditionnel s'il réussit la formation => formation => arrivée en poste)

	AV RECRUTEMENT	ARIME	PARAGONA
Coût	6 000 € par profil	≈ 42 000 € par praticien	<i>Exemple de la première mission en France</i> 28 000 € par praticien
Modalités de fixation du coût	<i>tarif dégressif en fonction du nombre de profils recherchés</i>	<i>tarif variable en fonction de la difficulté de trouver le profil (46 000 € pour un radiologue)</i>	<i>Varie en fonction du nombre de médecins demandés par les hôpitaux</i>
Modalités de vérification des connaissances	Contrôle de références	Contrôle de références	CV présélectionnés sont évalués par une équipe d'experts en médecine => choix d'un nombre restreint pour les journées d'évaluation
	entretiens pour déceler la personnalité du candidat	Rencontre des médecins sur place => grande sélection des médecins	Journées d'évaluation, en Roumanie : candidats sélectionnés sont testés=> présentation des meilleurs à l'hôpital français
	période de remplacement d'une à deux semaines avant entrée en fonction	essai	Formation intensive de 13 semaines sur un campus en Roumanie => langue et acculturation
Cours de perfectionnement de langue proposé	NON	OUI Une session de 15 jours à l'Alliance française (7h/jour)	OUI dans le cadre d'une formation intensive de 13 semaines se déroulant en langue française (36h/semaine) => langue + orientation culturelle + communication médicale + informations spécifiques à l'exercice médical en France et la société française
Garanties sur les compétences linguistiques du médecin	NON en dehors du travail de sélection d'AV RECRUTEMENT	NON en dehors du travail de sélection de l'ARIME	Candidat avec un niveau de langue équivalent au moins au niveau européen B2
Garanties pour l'hôpital	Si le candidat se désiste avant l'installation, un autre candidat est recherché, sans frais supplémentaire.	Si le premier candidat présenté ne convient pas, un deuxième est présenté à l'hôpital.	Si le candidat sélectionné part durant la formation => si pas de candidat "supplémentaire" pour le profil, remboursement ou participation à un autre projet
Rétention du médecin	C'est l'objectif : le travail est fait dans le but d'une installation (jamais pour un remplacement temporaire)	L'ARIME fait signer au médecin un contrat d'engagement de 5 ans , préalablement au recrutement par l'hôpital	Orientation vers un placement à long terme => création de relations dès le départ entre l'hôpital et le médecin afin de voir si la décision de partir est la bonne + les médecins placés le sont dans la même région ou région limitrophe
Et l'éthique ?	"pas de réflexion éthique"	"campagne de recrutement massif pour en recruter peu"	"Normes éthiques élevées"
	<i>"chaque individu est grand et assume ses propres responsabilités"</i>	<i>"Le nombre d'installation est raisonnable et de toute façon ils partiraient par un autre intermédiaire"</i>	<p>☒ Très attentif à ne pas contribuer au <i>brain drain</i> (cf. l'expérience avec des collectivités publiques donc politiques en Norvège et en Suède) : s'il y a des régions ou des spécialités dans lesquelles il y a pénurie, on ne recrutera pas dans ces régions</p> <p>☒ conditions de recrutement doivent être identiques aux nationaux = mêmes salaires, mêmes avantages</p>

ANNEXE 7 – Tableau des législations comparées en matière de reconnaissance des diplômes et de politique migratoire dans certains pays de l'OCDE (États-Unis, Royaume-Uni, France, Allemagne, Belgique)

		ÉTATS-UNIS	ROYAUME-UNI	FRANCE	ALLEMAGNE	BELGIQUE
RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS ETRANGERES	Conditions de citoyenneté	NON	NON	OUI	NON	NON
	Test linguistique	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	Examen professionnel	OUI	OUI	OUI	OUI	pas systématique
	Période probatoire	NON	1 an	3 ans (PAE)	NON	
POLITIQUE MIGRATOIRE	Migration temporaire	- Visa HB1 (2 à 6 ans) - Visa pour ALENA - Visa J1 (3 à 6 ans) avec obligation de retourner pendant 2 ans dans l'ancien pays de résidence	- permis de travail 5 ans (non renouvelable si professions en pénurie) - formation et stage (3 ans non renouvelable) - étudiants stagiaires (3 mois)	- permis de travail permanent (1 an) si contrat à durée indéterminée - permis de travail temporaire (< 1 an) - carte compétences et talents (3 ans)	Permis de résidence limitée (1 an), octroyé en fonction de la situation locale du marché du travail.	Permis B (1 an)
	Migration permanente	« Carte verte » peut être demandée par titulaires du visa HB1 au bout de 6 ans	Résidence permanente peut être demandée après 5 ans de résidence légale avec permis de travail	Titre de séjour – au bout de 3 ans pour les titulaires d'un permis de travail permanent	Permis d'installation : - après 5 ans de résidence - si contrat de travail pour salaire > 7000 €/mois	Permis A (après 4 ans de résidence ininterrompue en 10 ans)
	Programmes spécifiques pour les médecins dans des zones particulières ou mal desservies	OUI <i>Permet à un médecin diplômé à l'étranger avec visa J1, qui exerce dans une zone isolée de rester sur le territoire des Etats-Unis.</i>	OUI Diplômés d'universités d'Ecosse (masters et doctorats) peuvent restés au maximum 2 ans en Ecosse sans offre d'emploi ou expérience professionnelle	NON mais la situation locale du marché du travail est prise en considération pour l'octroi du permis de travail	NON mais la situation locale du marché du travail est prise en considération pour l'octroi du permis de travail	NON mais la situation locale du marché du travail est prise en considération pour l'octroi du permis de travail
	Accords bilatéraux portant embauche de médecins	NON (sauf ALENA)	Accords de recrutement avec la Chine, l'Inde et l'Espagne	NON	NON	NON
Proportion de médecins nés à l'étranger (%)		24,4%	33,7%	16,9% (*)	11,1%	11,8%

Source : OCDE, 2007, *Perspective des migrations internationales*, 415 p.

(*) Sont notamment comptabilisés les médecins qui sont nés en Algérie, Maroc, Tunisie avant l'indépendance de ces pays. Le taux « réel » est donc plus faible.