

Chapitre 2 : Les migrants diplômés : entre déqualification et légitimation des compétences. Le cas des médecins à diplôme non-européen dans les hôpitaux publics français

Ariel Mendez, Leïla Merzouk

▶ **To cite this version:**

Ariel Mendez, Leïla Merzouk. Chapitre 2 : Les migrants diplômés : entre déqualification et légitimation des compétences. Le cas des médecins à diplôme non-européen dans les hôpitaux publics français. Frontières en Travail. : Migration, Travail et Fabrique des frontières dans le monde., Karthala, 2020, 9782811125981. hal-02475126

HAL Id: hal-02475126
https://hal.science/hal-02475126

Submitted on 11 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Chapitre 2 : Les migrants diplômés : entre déqualification et légitimation des compétences. Le cas des médecins à diplôme non-européen dans les hôpitaux publics français

Ariel Mendez, Leïla Merzouk
Aix Marseille Univ, CNRS, LEST, Aix-en-Provence, France

Introduction

« Dans certaines zones d'lle-de-France et des DOM-TOM, la mortalité maternelle post-natale est en partie évitable. Elle est imputable aux conditions dans lesquelles [les] reconnaissances de qualification sont accordées [aux médecins à diplômes extra-communautaires] »[1]. Telles sont les graves accusations portées par le docteur Jean Marty, président du Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (SYNGOF) dans un entretien accordé au Quotidien du Médecin paru le 7 novembre 2013. Cette déclaration a provoqué les foudres des associations de PADHUE (Praticien A Diplômes hors Union Européenne) qui la considèrent sans fondement et indigne[2].

Si le docteur Marty a depuis nuancé ses propos, cette polémique permet d'ouvrir le débat sur une question qui anime la communauté médicale depuis plus d'un siècle : celle de la légitimité des médecins étrangers à exercer en France. En effet, l'exercice de la médecine est en France fortement réglementé et dès la fin du 19ème siècle, apparaissent les premières mesures visant à le limiter aux détenteurs de diplômes d'Etat acquis en France[3]. Cette condition a toujours cours aujourd'hui, les diplômes délivrés en France ou dans un pays de l'Union Européenne (UE) étant les seuls à permettre l'inscription directe au tableau de l'Ordre des Médecins, obligatoire pour exercer de façon officielle. Pour les diplômés non communautaires, cette inscription est possible à l'issue d'un long processus au cours duquel ils effectuent un travail de médecin sans en avoir le statut ni le salaire. Au premier janvier 2013, ils étaient 10 522 à être inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins[4]. En ce qui concerne les praticiens en exercice ne figurant pas au tableau de l'Ordre, il est difficile d'avancer un chiffre. Les syndicats de PADHUE estiment qu'il y a aujourd'hui entre 5 000 et 8 000 médecins à diplômes extra-communautaires en poste en attente de régularisation[5]. L'arrivée de cette main d'œuvre en France s'explique par les nombreuses inégalités de répartition (géographiques, par spécialités, etc.) que connaît le paysage médical français. Depuis les années 80, des établissements hospitaliers se retrouvent ainsi avec des postes vacants qu'ils pourvoient grâce aux diplômés non communautaires. Si cette catégorie fait partie intégrante des établissements au sein desquels elle exerce et contribue pleinement au bon fonctionnement de nombreux services, elle a vu se multiplier au fil des ans les réformes, les procédures, les dérogations et les statuts particuliers. Elle doit ainsi faire face

---

[1] Henri De Saint Roman, « Qualification de médecins spécialistes à diplôme étranger, Autorisation d'exercice : des syndicats dénoncent un système trop conciliant », [en ligne], lequotidiendumédecin.fr « Le quotidien de Médecin », 07/11/2013, disponible sur : http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/autorisation-d-exercice-des-syndicats-denoncent-un-systeme-trop-conciliant, (page consultée le 15/11/2013.)

[2] Salem Ould Zein, Hocine Saal, Renaud Gansey, « Communiqué du SNPADHUE du 12 novembre 2013 » [en ligne], sppadhue.fr, « SNPADHUE », 12/11/2013, disponible sur http://www.snpadhue.com/attachments/File/communique_du_13_novembre_2013.pdf, (page consultée le 15/11/2013).

[3] Marc-Olivier Deplaude, « "Une xénophobie d'État ? " Les « médecins étrangers » en France (1945-2006)», Politix, 3/95, 2011, p. 207-231.

[4] Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale France : situation au 1er Janvier 2013 » [en ligne], conseil-national.medecin.fr, 03/06/2013, disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas__national_2013.pdf, (consulté le 07/02/2014)

[5] Chiffres tirés d'un entretien avec un responsable de syndicat PADHUE

à une différence de traitement légitimée par la loi[6]. Dans ce contexte institutionnel contraint, les médecins à diplômes extra-communautaires développent des stratégies pour faire valoir leurs compétences et leur légitimité à obtenir un droit d'exercice permanent. Ces stratégies peuvent être individuelles. Elles consistent dans ce cas en la mobilisation de différents types de ressources : réseaux et formation en particulier. Elles peuvent être plus collectives (mobilisation au sein de syndicats). Elles peuvent donner lieu à des formes de « travail institutionnel » visant à peser sur les décideurs politiques[7].

L'appel aux médecins étrangers : solution ou problème ? Le dilemme français : préserver le prestige des professions médicales nationales, contrôler les dépenses de santé et répondre aux inégalités territoriales de l'offre médicale.

Les questionnements sur la place à accorder aux médecins diplômés hors de France et les premières mesures visant à réguler leur accès à la profession datent de plus d'un siècle. Dès 1892 une loi réservant l'exercice de la médecine aux détenteurs de diplômes d'Etat français est votée[8]. S'en suivent une série de mesures tout au long du 20ème siècle dont l'objectif affiché est de garantir le maintien des standards de qualité permis par l'enseignement supérieur français ainsi que de limiter la concurrence sur ce marché du travail. La démographie médicale connaît en effet une grande expansion, en particulier avec la démocratisation des études supérieures à partir des années 60 où l'on enregistre une augmentation de 70% du nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de médecine[9]. Face à ce phénomène, l'Ordre des Médecins, les grands syndicats représentatifs de la profession et les syndicats d'étudiants en médecine craignent l'arrivée d'une « armée de médecins aux pieds nus »[9] qui viendrait saturer le marché du travail et appauvrir le prestige de la profession. Les pouvoirs publics quant à eux s'inquiètent des capacités d'accueil de ces étudiants dans les facultés de médecine dans un premier temps, puis, dans les hôpitaux où ils devront effectuer une partie de leur formation. Enfin, du fait de l'instauration du régime général de Sécurité sociale en 1945 qui donne le droit à tout médecin conventionné inscrit au tableau de l'Ordre de voir les actes qu'il pratique remboursés, l'évolution de la démographie médicale a une incidence financière lourde. Dans un contexte d'explosion de la demande de soins, des études ont en effet démontré une corrélation positive entre augmentation du nombre de médecins et augmentation des frais de la sécurité sociale. La régulation de la démographie médicale apparaît donc comme une nécessité sur laquelle s'accordent médecins et pouvoirs publics. Ceci aboutit en 1972 à l'instauration du *numerus clausus* qui fixe chaque année, le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études en médecine au terme de la première année.

Cependant, en dépit d'une démographie médicale contenue mais en constante augmentation[4] de nombreux établissements hospitaliers se retrouvent dans les années 80 avec des postes vacants qu'ils ont du mal à pourvoir. Ce phénomène s'explique par les nombreuses inégalités que connaît le paysage médical français depuis 30 ans : une baisse du *numerus clausus* qui entraîne *de facto* une baisse du nombre d'internes dans les hôpitaux, une réforme des études universitaires mise en place en 1982 orientant les internes en spécialité vers les CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) et les internes en médecine générale vers les hôpitaux généraux

---

[6] Yves Lochard, Christèle Meilland et Mouna Viprey, « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail : Les effets d'une discrimination institutionnelle », Revue de l'IRES, 1/53, 2007, p. 83-110.

[7] Le concept de travail institutionnel peut être défini comme « l'action intentionnelle des acteurs ou des organisations visant à créer, maintenir ou déstabiliser les institutions ». Thomas B. Lawrence and Roy Suddaby, "Institutions And Institutional Work", Stewart Clegg, Cynthia Hardy, Walter R. Nord (Dir.), Handbook of Organisation Studies, London : Sage, 2006 p. 215-254 ; Slimane Karim Ben, Bernard Leca, « Le travail institutionnel : origines théoriques, défis et perspectives », Management & Avenir, 7/37, 2010, p. 53-69

[8] Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, article 5

[9] Marc-olivier Deplaude, « Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 », Revue d'histoire de la protection sociale, 2, 2009, p. 78-100.

laissant ces derniers en manque de spécialistes[10] ; un désamour des médecins français pour les fonctions hospitalières (moins avantageuses financièrement que l'exercice libéral et offrant des conditions de travail plus difficiles (gardes, astreintes, etc.), et pour certaines spécialités jugées moins prestigieuses (anesthésie-réanimation, médecine urgentiste, etc.)[11]; des inégalités de répartition des médecins sur le territoire avec la désertification des petites villes et des zones rurales[12]. Un nombre important de médecins à diplômes extra-communautaires vient donc progressivement occuper ces postes laissés vacants par leurs confrères français. Le recours à cette main d'œuvre étrangère constitue pour beaucoup d'hôpitaux la seule solution pour assurer le bon fonctionnement de leurs services[13].

Les médecins étrangers : une population en marge de la profession médicale ?

S'ils exercent le métier de médecin avec les charges et les responsabilités qui y sont liées, ces professionnels n'en ont pas nécessairement le statut ni le salaire. Dans les années 80, la détention d'un diplôme français ou délivré dans un pays de l'Union Européenne reste indispensable pour pouvoir bénéficier d'un droit d'exercice plénier. Toute une série de statuts particuliers, souvent sous couvert de formation et peu rémunérés, sont créés spécialement à leur intention (internat à titre étranger, faisant fonction d'interne, praticien attaché associé, etc.)[14]. Ce sont des contrats à durée déterminée qui permettent d'exercer de façon limitée sous la tutelle d'un praticien français.

A la fin des années 90, survient une réelle prise de conscience à la fois de l'ampleur de la présence de ces diplômés extra-communautaires dans les établissements hospitaliers et de la précarité de leurs situations. Plusieurs associations se créent pour défendre leurs intérêts et les mesures se succèdent pour réguler cette population. Sans l'avoir préalablement décidé, les pouvoirs publics suivent au cours du temps une démarche en trois temps : 1/ durcissement des conditions de recrutement ; 2/ fixation d'une date butoir aux médecins déjà en poste pour remplir ces nouvelles conditions ; 3/ report de la date butoir devant les gros problèmes de main d'œuvre que connaîtraient les hôpitaux en cas d'application stricte de la loi[15]. Les deux dernières avancées notables en termes de législation entourant l'exercice de la médecine par des praticiens extra-communautaires sont la loi de 2006 et celle de 2012. En 2006, elle oblige tout médecin à diplôme non-communautaire à valider une procédure d'autorisation d'exercice avant le 31 décembre 2011 pour pouvoir continuer à exercer en France[16]. Cette nouvelle procédure se décline en deux épreuves : une épreuve de vérification des connaissances fondamentales et une épreuve de vérification des connaissances pratiques. Entre les deux, une période probatoire de trois ans en tant qu'attaché associé dans un hôpital est obligatoire. Pour les candidats justifiant d'un recrutement avant le 10 juin 2004, la procédure prend la forme d'un

[10] Anne-Chantal Hardy-Duberne, « Processus de décision et changements des systèmes de santé », rapport pour INSERM/CNRS/MIRE 98, novembre 2001

[11] Différents travaux portant sur les spécialités médicales mettent en évidence la forte hiérarchie qui les caractérise. Parmi les indicateurs de cette hiérarchie, on signale le nombre de PU-PH (Professeur d'Université-Praticien Hospitalier) dans les spécialités ou encore le taux de féminisation (Gabrielle Balazs et Sylvie Rosenberg-Reiner « La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1/156-157, 2005 , p. 115-118 ; Faure Yann «L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 /156-157, 2005, p. 98-114)

[12] François Flori et Simone Gilgenkrantz, « Démographie médicale : Comment lutter contre les déserts médicaux ? », Médecine Sciences, 23/5, 2007, p. 533-537

[13] Alain Le Vigouroux, « Continuité de soins à l'hôpital et médecins étrangers : la régulation d'un système et ses limites en France », Global Health Promotion, 19/3, September 2012, p. 74-77

[14]Linda Denour Et Remi Junker, « Les médecins étrangers dans les hôpitaux français ». Revue européenne de migrations internationales. 11/3. 1995, p. 145-166.

[15] Cyril Wolmark, « Médecins étrangers : Sortir de l'invisibilité », Plein droit, 1/92, 2012, p. 36-40.

[16] Loi n° 2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007, du 21 décembre 2006, article 83

simple examen et s'apparente davantage à une régularisation[17]. Pour ceux ayant commencé à exercer après cette date, un système de concours est créé avec un nombre de postes par spécialités prédéfini.

Toutefois, à la date butoir, près de 4000 praticiens hospitaliers à diplôme extra-communautaire toujours en poste ne remplissaient pas encore les nouvelles conditions[17]. Ils ont été maintenus en poste par les gestionnaires hospitaliers dans l'illégalité, ce qui a obligé les pouvoirs publics, à faire voter en urgence en 2012 une nouvelle loi reculant la date butoir au 31 décembre 2016. Des modifications ont par la même occasion été apportées à la procédure : les médecins justifiant de trois années d'exercice médical avant le 1er janvier 2010 sont dispensés de l'épreuve de vérification des connaissances fondamentales et leur période probatoire est réduite à une année[18]. Bien que représentant une grande avancée, la loi de 2012 reste restrictive et exclut une partie des médecins diplômés hors UE, notamment ceux ayant exercé des activités de recherche clinique[19], les personnes qui n'ont pas pu exercer de fonctions médicales à leur arrivée en France mais qui ont choisi de rester en tant qu'infirmiers ou aides-soignants et celles ayant échoué plus de deux fois aux épreuves d'aptitude. De plus, les syndicats PADHUE reprochent à certaines commissions d'autorisation d'exercice de statuer de manière arbitraire et de prendre des libertés avec la législation (exigence de l'obtention d'une moyenne plus élevée que celle prévue par la loi pour la réussite aux épreuves par exemple)[20].

Un double phénomène de déqualification

Le parcours d'un médecin à diplôme extra-communautaire en France est donc long et empreint d'incertitudes. Les praticiens que nous avons rencontrés se disent souvent surpris par les difficultés qu'ils rencontrent sur place. Les raisons qui les poussent à entreprendre cette démarche radicale qu'est la migration internationale définitive sont souvent les mêmes : fuir des systèmes politiques oppressifs, accéder à un meilleur cadre de vie pour eux et leurs familles, travailler dans de meilleures conditions matérielles et exercer au sein d'un système dans lequel les possibilités d'évolution de carrières sont plus justes (fuite de système nationaux corrompus). S'ils sont conscients qu'ils devront faire face à une phase de transition, ils ne s'attendent pas à voir se succéder des statuts précaires aussi longtemps et à être victimes de ce que Lochard *et al* (2007) ont qualifié de double déqualification institutionnelle et symbolique.

[17] Ministère De La Sante Et Des Solidarités, « Fiche d'information relative à la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) des praticiens diplômes hors Union européenne (PADHUE) », Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2007.
[18] Loi n° 2012-157 du 1er février 2012, article 1
[19] SNPADHUE, « Communiqué du SNPADHUE Du 10 Juin 2013», [en ligne], snpadhue.fr, 10/06/2013, disponible sur : http://www.snpadhue.com/ (consulté le 12/07/2013)
[20] Informations issues de discussions avec un responsable syndical de praticiens à diplômes extra-communautaires.

Encadré : méthodologie

Les informations ont été recueillies à partir d'entretiens individuels seize au total, et de sources statistiques et documentaires, primaires et secondaires. Les entretiens, d'une durée d'une heure et demie en moyenne ont été menés auprès de praticiens (anesthésistes-réanimateurs, gérontologues, gastro-entérologues, psychiatres et médecins urgentistes) exerçant la médecine dans des hôpitaux publics français (CHU et CHG de la région parisienne, la région Centre, le Languedoc-Roussillon et la Basse Normandie.) sous différents statuts (médecins, assistant associé, attaché associé, praticiens hospitaliers) et de représentants de syndicats de PADHUE. Les entretiens de type semi-directif ont été conduits à l'aide d'un guide structuré en quatre thèmes : présentation générale de l'interviewé ; parcours professionnel ; ressources mobilisées au cours du parcours ; perception de leur situation professionnelle. Tous les entretiens ont été intégralement retranscrits. Les données documentaires proviennent de rapports, articles et/ou données émanant des différentes organisations professionnelles concernées (SNPADHUE, Conseil de l'Ordre des Médecins…).

Une déqualification institutionnelle

La déqualification est d'abord institutionnelle du fait des statuts particuliers que ces médecins devront occuper de nombreuses années avant de pouvoir prétendre à une autorisation de plein exercice. Ce traitement marginalisant est de fait, légitimé par la loi. Pour les médecins que nous avons interrogés, ces périodes d'incertitudes rythmées par la succession des réformes et des procédures d'autorisation, marquent un ralentissement dans l'évolution de leur carrière qu'ils considèrent parfaitement injustifié compte tenu de leur niveau d'études et des compétences qu'ils mettent en œuvre quotidiennement dans l'exercice de leur travail en France. Pour Hamid, 35 ans, médecin urgentiste dans la région parisienne ayant commencé sa carrière en France en 1999 en tant qu'aide-soignant, le déclassement est vécu comme un *« retour à la case départ »*. *« J'avais mon cabinet à Oran et je ne suis même plus médecin. Je commence aide-soignant et ensuite, je redeviens étudiant. C'est qu'on fait un travail de fous. On travaille comme des malades. On enchaîne les gardes et on vit comme des smicarts »*. Ce même sentiment est partagé par Zohra, 58 ans, psychiatre dans un hôpital de la région parisienne arrivée d'Algérie où elle occupait un poste de médecin généraliste en 1998 et qui a enchaîné durant 11 ans les statuts de stagiaire en psychiatrie, faisant fonction d'interne et praticien adjoint contractuel avant d'obtenir une autorisation de plein exercice en 2009 : *« A l'époque on ne pouvait rien faire d'autre. On était obligé d'accepter ce que l'on nous offrait. Alors j'ai pris le stage. Depuis la loi a changé. J'ai pu passer un concours et maintenant j'ai un poste permanant mais c'était dur. Je n'étais pas jeune et je me suis retrouvée à devoir tout refaire. J'avais l'impression d'être rétrogradée. »*

Ce sentiment de traitement injuste est amplifié par la présence de collègues issus de l'Union Européenne bénéficiant d'une régularisation systématique et que les PADHUE estiment être, pour certains, « moins qualifiés » qu'eux. Ainsi, pour Wahib, anesthésiste réanimateur dans la région parisienne, la Tunisie dispose d'un « système de formation supérieure calqué sur celui de la France ». « *Moi dans mon cursus, j'ai eu cinq professeurs français. C'est pas comme certains médecins européens qui arrivent avec des formations différentes. Ils connaissent moins bien les plateaux techniques. Des fois, ils ne parlent même pas français. Eux, on les inscrit à l'Ordre tout de suite par contre* ».

Certains des médecins interrogés ont également le sentiment d'être « utilisés » par les pouvoirs publics comme une main d'œuvre « au pied du mur » occupant pourtant des postes indispensables au bon fonctionnement de l'institution hospitalière française. Pour Fatima, 51 ans, d'origine algérienne, exerçant en gériatrie et vivant en France depuis 13 ans, le passage par le statut de faisant fonction d'interne durant 3 ans est vécu comme une exploitation : *« Je suis arrivée et j'ai dû reprendre mes études. J'étais faisant fonction d'interne. J'enchaînais les*

gardes, je travaillais de nuit, je ne voyais plus mes enfants. Ce n'était pas facile. C'est de l'exploitation de main d'œuvre bon marché. ». C'est le même constat pour Hassin, 41 ans médecin urgentiste dans un hôpital de la région parisienne : *« Quand je suis arrivé, j'étais faisant fonction d'interne. C'est tout ce que je pouvais être. Et je travaillais comme les autres médecins. Le chef de service me déléguait des responsabilités. Il avait confiance en moi. On avait le même âge. Mais j'étais payé moins qu'une infirmière. J'étais obligé d'habiter dans un HLM avec mes enfants [...] et vous savez, ils ont besoin de nous mais pour l'Etat c'est tout bénéf. On fait le travail d'un médecin et ils ne nous paient pas ».*

Outre les pouvoirs publics, ce sont les gestionnaires hospitaliers qui sont parfois accusés de favoriser la marginalisation de cette catégorie d'acteurs. Les hôpitaux publics français sont en effet des établissements autonomes qui disposent d'un budget alloué chaque année majoritairement par la Sécurité Sociale. Dans un contexte d'explosion de la demande de soins, les besoins en personnels médicaux augmentent alors que dans le même temps les établissements doivent contrôler l'évolution de leur masse salariale. Pour maintenir cet équilibre, le recours aux médecins à diplômes extra-communautaires à des salaires moindres représente une opportunité[21]. Les PADHUE en font l'amer constat : « Moi, mon impression personnelle, c'est que la législation, elle se fait en fonction des besoins en médecins […] C'est une main d'œuvre qui ne coûte pas cher. C'est la loi de l'offre et de la demande comme partout. Y a beaucoup de médecins qui veulent rester en France et ils jouent sur ça. Si ça n'est pas moi, ça aurait été quelqu'un d'autre. Ici par exemple, dans les CHU, les hôpitaux qui sont déficitaires, les gestionnaires se disent : je n'ouvre pas un poste de PH, je prends deux assistants. Pour un poste de PH, ils peuvent payer deux assistants donc ça n'est pas compliqué », Fouad, 37 ans, Anesthésiste réanimateur.

Pour ces médecins, les difficultés ne se limitent pas à la sphère professionnelle. Ils racontent leurs parcours pour obtenir des titres de séjour avec leurs familles : *« On va à la préfecture et on est traité comme du bétail »* nous dit Hassin, 41 ans, médecin urgentiste. Même sentiment pour Mouloud, 35 ans anesthésiste réanimateur à Montpellier : *« Ils nous disent qu'ils veulent l'immigration choisie. Moi j'ai des diplômes, je vais à la préfecture avec mon contrat de travail et ils nous traitent comme des moins que rien. Comme si on était là pour mendier nos papiers ».*

Une déqualification symbolique

Cette déqualification institutionnelle organisée par les pouvoirs publics et exploitée par les gestionnaires d'établissements s'accompagne souvent d'une déqualification « symbolique ». Lochard *et al* font état d'un fort sentiment de déqualification symbolique de la part des médecins non européens des hôpitaux français, les praticiens déclarant subir une « présomption d'incompétence » et devoir faire leurs preuves plus longtemps que leurs collègues français ou issus des pays de l'Union Européenne. A l'inverse, Denour et Junker concluent plutôt sur une bonne intégration des médecins extra-communautaires. Les résultats de nos entretiens vont dans le même sens, les médecins que nous avons rencontrés se déclarant dans l'ensemble plutôt bien intégrés par leurs pairs. *« On m'a demandé si je savais faire ci ou ça et on m'a tout de suite laissé faire parce qu'il y avait déjà trois ou quatre médecins tunisiens qui sont passés dans le même service. Ils savent qu'on a des formations équivalentes et qu'on sait faire notre travail », Omar, 35 ans, Anesthésiste-réanimateur.*

Les médecins reconnaissent cependant devoir passer par une période d'essai symbolique durant laquelle leurs compétences vont être observées. Pour Fouad*, 37 ans, Anesthésiste réanimateur « Au début on a toujours l'impression qu'il y a quelqu'un qui regarde un peu de loin ».* Ce sentiment est plutôt le fait des hommes, aucune des femmes médecins interrogées ne l'ayant exprimé. Cette observation peut être mise en perspective avec les travaux d'auteurs comme

[21] Linda Denour et Rémi Junker, « Les médecins étrangers dans les hôpitaux français », Revue Européenne De Migrations Internationales. 11/3. 1995, p. 145-166

Baudelot et Gollac[22] qui mettent en évidence les différences hommes / femmes concernant les motifs de satisfaction au travail : les motifs de satisfaction des hommes seraient plus liés au pouvoir et à l'argent tandis que ceux des femmes seraient plus liés au contenu et aux conditions de travail, en lien avec la perception de leur trajectoire sociale. D'une manière générale, les femmes comparent leur situation à celle de leurs mères et leurs motifs de satisfaction se réfèrent à l'indépendance acquise, matérielle (avoir un travail, un salaire) et psycho-sociale (sentiment d'indépendance et de liberté). Le statut de migrante accentue vraisemblablement ces caractéristiques.

Dans les faits, ce sont moins les relations avec les pairs qui posent problème que les relations avec des patients qui se montrent parfois réticents à l'idée d'être soignés par des médecins d'origine étrangère : *« Une fois y a une patiente qui me voit arriver et qui me demande, « Vous êtes de quelle origine monsieur » et je lui réponds que je suis tunisien et elle me dit « mais comment vous avez atterri ici ». J'ai répondu : en avion madame. Je voyais bien qu'elle n'était pas convaincue. »* Fouad, 37 ans, Anesthésiste réanimateur. Fatima, 51 ans, gérontologue nous rapporte une autre situation durant laquelle *« en sortant de la salle d'examen, [elle entend] une mère dire à sa fille : je ne veux pas être soignée par une arabe ». Ce* type de réactions n'est pas systématique mais se répète régulièrement. Comme Fatima, les médecins que nous avons rencontrés ne semblent pas s'en émouvoir outre mesure : *« Ça ne me touche pas. Des fois c'est le médecin qui est trop jeune, des fois il est arabe. Ce sont des choses qui arrivent mais moi je suis là pour faire mon travail. Tout le temps ».*

Pour les PADHUE interrogés, la remise en cause de la légitimité de leurs compétences est plus le fait des médias et des élites de la profession que de leurs collègues, comme en témoigne la déclaration du docteur Marty ou encore celle du docteur Chassang, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français : *« On continue de sélectionner de façon drastique nos étudiants et en même temps, on fait rentrer des centaines de praticiens à diplôme extra-européen. Ce n'est pas politiquement correct d'en parler mais c'est un sujet »*[1]. Myriam, 37 ans, gastro-entérologue fait part de ce sentiment d'être délégitimée par le débat public *« C'est les politiques et les médias qui parlent de nous comme d'un problème. Nous on est là et on fait notre travail comme tous les médecins ».*

Au total, la question de la déqualification symbolique est complexe et renvoie à des réalités différentes : exprimée de façon variable par les collègues, les patients ou les « élites de la profession » mais aussi perçue différemment par les médecins suivant leur position et leur parcours. Interrogé sur cette notion, un responsable du SNPADHUE considère qu'*« il y a toujours une forme de stigmatisation sociale tant qu'il n'y a pas d'inscription officielle au tableau de l'Ordre. »* Pour lui, « *la loi favorise cette stigmatisation qui va varier en fonction des services où l'on atterrit et de la personnalité du médecin* ».

Des stratégies de légitimation des compétences par l'accumulation de ressources : de la stratégie individuelle et collective au travail institutionnel

Au travers des stratégies individuelles ou collectives qu'ils ont mobilisées depuis 30 ans, les médecins à diplômes extra-communautaires ont progressivement fait évoluer la législation dans le sens d'une meilleure reconnaissance de leurs compétences. Ces stratégies ont consisté à déstabiliser un champ institutionnel qui leur était *a priori* hostile pour parvenir dans un premier temps à exercer, puis dans un second temps, à obtenir un statut officiel. Ce travail de déstabilisation qui s'apparente à du « travail institutionnel » au sens de Lawrence et Suddaby

[22] Chistian Baudelot et Michel Gollac, Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France. Fayard, 2003. P. 350. Christian Baudelot, Michel Gollac et Marc Gurgand, « Premières synthèses : Hommes et femmes au travail : des satisfactions comparables en dépit de situations inégales », Rapport n°35.2 pour la Darès, septembre 1999.

prend plusieurs formes[7]. Dans tous les cas, il fait évoluer le cadre institutionnel par la confrontation des stratégies des différents groupes en présence.

La première forme consiste à déconnecter les principes affichés des pratiques réelles. Lors de l'arrivée des premières vagues de médecins à diplômes extra-communautaires, la loi était claire, il fallait, pour exercer en France, disposer d'un diplôme d'Etat obtenu en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne et être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins, organe régulateur incontournable de la profession. Les médecins à diplômes extra-communautaires ont réussi à contourner ces principes affichés. *« L'Ordre des médecins s'est attaché depuis toujours à ne s'occuper que des médecins inscrits à l'Ordre. Nous avons trouvé des failles juridiques qui nous permettent d'être embauchés par les directeurs d'hôpitaux et d'exercer sous la responsabilité d'un chef de service sans passer par l'Ordre. Quand on négocie, on négocie avec l'Etat, pas avec l'Ordre. Ils sont exclus de cette question. C'est ça qui les dérange »* : nous dit un responsable du SNPADHUE. Parmi ces « failles juridiques », la formation constitue le moyen d'accès principal à la profession. Elle permet de contourner la législation en pratiquant, même de manière restreinte, dans les hôpitaux publics en attendant l'obtention d'un droit complet d'exercice de la médecine, la France offrant une série de formations spécifiquement adressées aux diplômés extra-communautaires (AFS, AFSA, Internat à titre étranger, etc.)[23]. Il s'agit là également de faire des choix stratégiques en termes de spécialités et de lieux d'implantation pour venir combler les déficits de la démographie médicale française. Ainsi, Yaya, 31 ans, médecin urgentiste d'origine sénégalaise, raconte que lors de son recrutement dans un hôpital général de Basse-Normandie : « *le directeur de l'hôpital était presque désespéré. Il n'avait pas assez de médecins urgentistes pour faire tourner le service* ». Pour Fatima, le passage de l'oncologie au Maroc à la gériatrie en France a été un choix d'opportunité : « *le chef de service que j'ai rencontré m'a dit qu'il n'avait rien pour moi mais qu'en revanche, son collègue en gériatrie avait vraiment besoin de médecins et que je devrais peut-être penser à me former à cette spécialité* ».

Outre les choix en termes de formation, les réseaux sont souvent décrits comme incontournables pour trouver un emploi[24]. Hamid, 35 ans, médecin urgentiste, parle d'un ami déjà en poste dans un hôpital : *« Il m'a dit : viens, y a pas de soucis. Ils recherchent. Je suis venu en vacances une première fois et j'ai rencontré son chef de service. Le courant est bien passé et je suis revenu définitivement […] Quand je suis arrivé, je savais déjà que j'avais un poste. Je savais où j'allais travailler* ». Il en est de même pour Hassan, 36 ans, anesthésiste réanimateur en Région Centre depuis 2003 : « *Je savais qu'il y en avait qui avaient déjà fait le grand saut. J'ai pris quelques contacts pour avoir des repères à mon arrivée. C'est toujours mieux. Ils sont déjà passés par là. Ils connaissent les ficelles. Ils ont les bonnes infos. Je peux pas dire qu'ils m'aient trouvé du boulot mais ils m'ont expliqué comment ça marche ici* ».

La seconde forme de travail de déstabilisation institutionnel consiste à déconnecter les pratiques de leurs fondements moraux. De ce point de vue, les associations de PADHUE ont effectué depuis 20 ans un important effort de sensibilisation de l'opinion publique à l'injustice du sort réservé aux diplômés extra-communautaires par la loi. Selon les propos d'un responsable du SNPADHUE, le syndicat dispose d'une « force de frappe » grâce à son grand nombre d'adhérents. « *Les PADHUE sont très mobilisés contrairement aux praticiens hospitaliers qui sont peu à être syndiqués. C'est ça notre force de frappe. Vous savez, nous sommes l'un des*

[23] Attestation de formation de spécialité et Attestation de Formation de Spécialité Approfondie

[24] La littérature sur les migrations mentionne d'ailleurs l'importance des réseaux pour l'accès à l'emploi des migrants et ce, quel que soit le type d'emploi et le niveau de qualification (William S. Harvey, « Strong or weak ties ? British And Indian Expatriate Scientists Finding Jobs In Boston », *Global Networks*, 8/4, October 2008, p. 453-473 ; Louise Ryan. Rosemary Sales, Mary Tilki, Bernadetta Siara, « Social Networks, Social Support And Social Capital : The Experiences of Recent Polish Migrants in London », *The Journal of the British Sociological Association*, 42/4, 2008, p. 672-690).

plus importants syndicats de praticiens hospitaliers ce qui fait qu'on nous écoute. A chaque fois qu'on a menacé de faire grève, on a eu gain de cause ». Notre interlocuteur nous donne l'exemple des actions menées dans la première moitié des années 2000 pour illustrer ses propos : « *A un moment où toutes les procédures qui avaient été prévues pour les PADHUE étaient arrivées à échéance et où personne ne disait rien du sort qui leur été réservé… c'était une situation très angoissante pour les collègues de l'époque …c'était autour de 2003/2004 et il y a eu une grande mobilisation. Il y a eu beaucoup de marches, de protestations, d'actions dans la presse qui ont finalement décidé les autorités à écouter les PADHUE. C'est après ces actions coup de poing qu'il y a eu la procédure de 2006* ».

Enfin, la troisième forme de déstabilisation institutionnelle consiste à remette en cause les présupposés et les croyances. La formation constitue, là encore, un outil majeur. Outre le statut qu'elle offre, elle permet d'acquérir une légitimité auprès des pairs français et européens en combattant l'idée reçue persistante, et régulièrement relayée par certains responsables de la communauté médicale française, que l'évolution de la législation entourant l'exercice des praticiens à diplômes extra-communautaires en France s'apparente à un nivellement vers le bas. Pour Hassan, 36 ans anesthésiste réanimateur, « *on ne peut pas dire que j'ai un diplôme étranger. Je me suis reformé en France et j'ai fait toute ma spécialité dans des hôpitaux français avec des professeurs français* ». On observe ainsi chez les médecins à diplômes extra-communautaires une forte tendance au cumul des diplômes. Dans leur étude de 2007, Lochard *et al* constatent que 90 % d'entre eux en possèdent au moins deux et 17,9% plus de quatre contre seulement 1,6% pour les médecins issus de l'Union Européenne

Conclusion

Ainsi si les parcours des migrants qualifiés se heurtent aux logiques nationales et locales du marché du travail des professions prestigieuses, ils participent à la recomposition de leurs frontières. La question des praticiens à diplômes extra-communautaires est donc un enjeu important pour les pouvoirs publics tant ils sont devenus des pièces centrales du fonctionnement de nombreux services hospitaliers en France. Au cours des trois dernières décennies, leur situation s'est lentement mais sûrement améliorée au fil des négociations et des compromis entre les grandes parties prenantes de la régulation démographique médicale. Nous avons notamment vu se dessiner de la part des PADHUE, une forme de travail institutionnel visant à déstabiliser progressivement un cadre institutionnel *a priori* hostile. Il a consisté à mettre en évidence l'existence d'une réelle déconnexion entre les principes de base du champ institutionnel et la réalité pratique du terrain, tout en influant sur les croyances et en mettant en débat les fondements moraux des institutions. Bien qu'ayant connu de grandes victoires, en particulier depuis la loi de 2012, la « cause PADHUE » a encore de grands chantiers à entreprendre en particulier sur le sort réservé aux grands exclus de la procédure d'autorisation d'exercice. A l'échéance de 2016, ce sont plusieurs milliers de médecins étrangers qui se retrouveront une nouvelle fois dans l'incertitude quant à leur avenir.