



**HAL**  
open science

## Des praticiens captifs : les médecins à diplôme non européen en France

Marc-Olivier Déplaude

► **To cite this version:**

Marc-Olivier Déplaude. Des praticiens captifs : les médecins à diplôme non européen en France. III Séminário Internacional de Populações em Vulnerabilidade, Sep 2018, Brasilia, Brésil. hal-03939105

**HAL Id: hal-03939105**

**<https://hal.science/hal-03939105>**

Submitted on 14 Jan 2023

**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.

## **Des praticiens captifs : les médecins à diplôme non européen en France**

Marc-Olivier Déplaud<sup>1</sup>

“I talked to Phillipa the other day,” she said. “Oh? How is she, how is *oyinbo* land treating her?” “She is well.” “And life as a second-class citizen in America? [...] Every day our doctors go there and end up washing plates for *oyinbo* because *oyinbo* does not think we study medicine right. Our lawyers go and drive taxis because *oyinbo* does not trust how we train them in law.”  
(Chimamanda Ngozi Adichie, *Purple Hibiscus*, 2003)

### **1. Introduction**

Dans le domaine de la santé publique, la catégorie de « populations vulnérables » renvoie habituellement à des populations jugées particulièrement démunies, tant sur le plan économique que social et culturel. Souvent stigmatisées, ces populations – pauvres, sans-abris, migrants, mères isolées, handicapés, détenus, toxicomanes, etc. – sont souvent la cible d’actions ou de politiques spécifiques, visant à influencer sur leurs conduites de vie ou à leur permettre d’avoir accès à des soins médicaux.

Cet article défend l’idée que ces situations de vulnérabilité peuvent affecter non seulement certaines catégories de la population, mais également ceux qui sont appelés à les prendre en charge : les professionnels de santé. En effet, les politiques mises en œuvre dans de nombreux pays occidentaux, visant à contenir l’accroissement des dépenses de

---

<sup>1</sup> Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales, UMR CNRS INRA, Université Paris-Dauphine, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny, 75016 Paris, France.

santé et à améliorer « l'efficacité » des systèmes de santé ont eu pour effet de rendre les conditions de travail des professionnels de santé souvent plus difficiles (Belorgey, 2010). Cela ne concerne pas seulement les professionnels aux statuts les plus bas, tels que les aides-soignantes ou les infirmières, mais également les plus qualifiés d'entre eux – les médecins. Dans le cadre de ce texte, je vais m'intéresser plus précisément à une catégorie de médecins qui occupe une place importante dans les systèmes de santé de nombreux pays occidentaux : les médecins à diplôme étranger, très majoritairement issus de pays en développement, et auxquels échoient les tâches les moins valorisées et les plus astreignantes, souvent avec des conditions d'emploi et de rémunération moins avantageuses que pour les autres médecins. Bien que ces praticiens aient généralement des situations plus enviables que les immigrés non ou faiblement diplômés, ils endurent également des formes spécifiques de discriminations dans leur travail, source de vulnérabilité dans leurs rapports avec leurs employeurs et leurs collègues.

Le statut et les conditions d'emploi des médecins à diplôme étranger dans les pays occidentaux sont intimement liés à la construction des États-Nations à partir du 19<sup>e</sup> siècle. La construction de ces États, et de la nationalité comme attribut donnant accès à des droits spécifiques (vote, protection sociale, travail, etc.), se sont traduits dans le monde du travail par des mobilisations et des réglementations qui ont abouti à exclure les étrangers de l'exercice de certains métiers, ou du moins de leur rendre l'accès à ces métiers très difficile (Brubaker, 1992 ; Noiriel, 2001). Ces restrictions ont porté sur les métiers les plus convoités par les ressortissants nationaux, que ce soit des métiers d'ouvriers qualifiés ou protégés par des statuts (Cartier et al., 2010), des commerçants (Zalc, 2010) ou des professions prestigieuses telles que celles d'avocat ou de médecin (Noiriel, 2007).

Le développement important des migrations internationales des professionnels de santé, et plus particulièrement des médecins, pourrait accréditer l'hypothèse d'un relâchement de cette clôture dans le secteur de la santé. Des gouvernements, notamment occidentaux, encouragent la venue sur leur territoire de professionnels formés à l'étranger pour pourvoir à des pénuries de soignants. Toutefois, nous montrerons que dans le cas de la médecine, cette clôture n'a pas disparu, mais qu'elle s'est transformée : non seulement les gouvernements continuent à exercer un contrôle important sur l'accès des médecins formés à l'étranger à certaines formes d'exercice de la médecine et à certains statuts, mais

ces médecins exercent très majoritairement dans certaines composantes du champ médical, et leur accès à certaines d'entre elles reste très difficile. Autrement dit, ces médecins restent pris dans des chaînes invisibles qui en font, pour ainsi dire, des médecins « captifs ».

Cet article analysera ces transformations à partir du cas particulier de la France. En raison d'une réglementation très dissuasive, les médecins à diplôme étranger étaient pratiquement absents du champ médical français jusqu'au milieu des années 1970. Néanmoins, le nombre de médecins à diplôme étranger, principalement d'origine extra-européenne, a crû rapidement à partir des années 1980, au point qu'ils sont devenus aujourd'hui une composante très importante du système de santé. Avant de présenter ce cas, je vais donner des éléments de cadrage sur les migrations Sud-Nord de médecins et les analyses sociologiques dont elles ont fait l'objet, puis préciser la méthodologie de cette recherche.

## **2. Les migrations de médecins vers les pays riches**

Les médecins formés à l'étranger représentent aujourd'hui une partie importante des médecins exerçant dans les pays riches : en 2012-2014, ils représentaient 17,1 % des médecins travaillant dans les pays de l'OCDE (OECD, 2016). Bien que leur nombre ait augmenté dans la plupart de ces pays depuis les années 2000, c'est dans les pays anglophones qu'ils sont les plus présents : parmi les huit pays ayant des taux de médecins formés à l'étranger supérieurs à 25 %, cinq sont anglophones (États-Unis, Royaume-Uni, Australie, Irlande, Nouvelle-Zélande). À eux seuls, ces cinq pays ont accueilli 84,1 % des médecins ayant émigré vers des pays occidentaux en 2004 (Moullan et Bourgueil, 2014). Des pays comme les États-Unis et la Grande-Bretagne, qui représentent respectivement 58,9 % et 19,4 % de ces médecins (*ibid.*), ont même encouragé et organisé leur venue depuis des décennies pour subvenir aux besoins de leurs services de santé (Stevens et al., 1978 ; Decker, 2001)

Si élevés que soient ces chiffres, ils sous-estiment très probablement le nombre effectif de médecins migrants. Comme nous le verrons plus loin dans le cas de la France, des

effectifs de médecins à diplôme étranger ne sont pas inclus dans les statistiques officielles, bien qu'ils exercent la médecine. D'autres encore ne sont pas comptabilisés, tout simplement parce qu'ils sont au chômage ou exercent un autre métier : suivant une étude sur le Canada, seuls 55 % des médecins diplômés à l'étranger exerçaient leur profession en 2007, contre 90 % des médecins titulaires de diplômes nationaux ; ils étaient également plus nombreux à être au chômage (12 % d'entre eux, contre 2 % pour les autres) (Boyd et Schellenberg, 2007). Au total, parmi les professionnels de santé à diplôme étranger travaillant dans les pays riches, les médecins semblent être proportionnellement les plus nombreux : en 2012-2014, les infirmières titulaires de diplômes étrangers ne représentaient ainsi que 6,1 % des infirmières employées dans les pays de l'OCDE, soit trois fois moins que pour les médecins (OECD, 2016).

Les médecins à diplôme étranger exerçant dans les pays riches proviennent très majoritairement des pays en développement. Certains viennent de pays qui forment de très nombreux professionnels de santé, comme l'Inde, le Pakistan et les Philippines. D'autres, en revanche, proviennent de pays qui forment peu de médecins, au point qu'ils connaissent des taux d'expatriation très élevés qui fragilisent leurs systèmes de santé. C'est notamment le cas de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, qui se caractérisent à la fois par des densités médicales très faibles et une émigration très forte de leurs médecins : en 2004, 19 % des médecins formés dans ces pays d'Afrique subsaharienne avaient émigré – certains pays présentant des taux deux fois plus élevés, tels que le Ghana ou le Zimbabwe (Moullan et Bourgueil, 2014). La situation de ces pays, en particulier, a été à l'origine de vifs débats au niveau international à partir des années 2000 (Mendy, 2016) : non seulement les pays riches s'approprieraient des professionnels dont ils n'ont pas financé la formation, mais en outre ils fragiliseraient des systèmes de santé déjà vulnérables en pillant leurs « cerveaux ». Ces débats ont débouché sur l'adoption de « codes » non contraignants visant à limiter les recrutements de professionnels de santé issus de pays manquant de soignants, tels que ceux du Commonwealth (Commonwealth Health Ministers, 2003) et de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2010).

Le développement des migrations de médecins des pays en développement vers les pays riches, et les débats qu'elles ont suscités, ont fait l'objet de travaux en sciences sociales qui se sont principalement intéressés aux facteurs favorisant ces migrations, et aux

carrières et conditions d'exercice de ces médecins dans les pays d'accueil (Astor et al., 2005 ; Kangasniemi et al., 2007 ; Mendy, 2014 ; Séchet et Vasilcu, 2012 et 2015). Ces recherches, reposant sur des études statistiques ou sur des enquêtes par entretiens réalisés auprès de migrants et de responsables d'institutions de santé, ont tout d'abord montré que l'insatisfaction ressentie par ces médecins relativement aux conditions d'exercice et aux conditions de vie dans leurs pays d'origine (systèmes de santé défaillants, faibles moyens mis à disposition des soignants, salaires très bas, troubles politiques, etc.) constitue un facteur majeur de leur émigration. S'y ajoute souvent leur souci de parfaire leur formation, notamment en vue de l'acquisition d'une spécialisation. Enfin, la langue et l'existence de liens institutionnels et politiques entre le pays d'origine et le pays d'émigration constituent un facteur important dans le choix de ce dernier : ainsi, une partie très importante des médecins immigrés travaillant en Grande-Bretagne proviennent des pays issus de son ancien empire colonial, tels que l'Inde, le Pakistan et le Nigeria.

Ces recherches montrent que les médecins à diplôme étranger – et, plus précisément, ceux qui sont originaires de pays du Sud – sont très majoritairement employés dans des conditions désavantageuses par rapport aux ressortissants nationaux, ou cantonnés dans des types d'exercice peu prisés par ces derniers. Une étude consacrée au cas du Québec a par exemple montré qu'à l'exception des universitaires, l'intégration professionnelle des médecins à diplôme étranger est généralement un « parcours du combattant » comportant de nombreux obstacles sociaux et administratifs (Blain et al., 2014). Des études menées à propos de la Grande-Bretagne (Raghuram et Kofman, 2002), de l'Amérique du Nord (Shin et Chang, 1988 ; Hart et al. 2007) ou d'Israël (Shuval, 1995 ; Bernstein et Shuval, 1998 ;) ont montré des résultats similaires.

À quelques exceptions près (Raghuram et Kofman, 2002 ; Mendy, 2016), ces recherches ont peu analysé les politiques mises en place par les gouvernements des pays occidentaux ou leurs institutions de santé en direction des médecins à diplôme étranger, alors qu'elles constituent un facteur déterminant des types d'emplois et des perspectives de carrière susceptibles de leur être offerts. Ces politiques sont le produit de logiques sociales, institutionnelles et politiques complexes, et parfois contradictoires (Déplaud, 2011). C'est pourquoi j'ai privilégié, pour éclairer ces logiques, une approche sociohistorique, centrée sur un cas particulier mais riche d'enseignements : celui de la France.

### 3. Une étude de cas : les médecins à diplôme non européen en France

Parmi les pays de l'OCDE, la France se distingue par le fait que les médecins à diplôme étranger y représentent une part relativement faible des médecins en exercice. En 2014, 21 100 médecins à diplôme étranger en exercice étaient enregistrés auprès de l'Ordre des médecins<sup>2</sup>, soit 8,2 % du nombre total de médecins en exercice enregistrés (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2015). Toutefois, le nombre de médecins à diplôme étranger inscrits auprès de l'Ordre connaît une forte croissance : ils étaient seulement 14 100 en 2007 (*ibid.*), et probablement moins de 4 000 au début des années 1990. En outre, ces chiffres n'incluent pas de nombreux praticiens qui sont employés comme médecins, sans être inscrits à l'Ordre. En effet, les hôpitaux peuvent employer des médecins à diplôme non européens sous certains statuts, sous la supervision présumée de leur chef de service ou de ses collaborateurs : environ 7 000 médecins travaillant sous de tels statuts ont été recensés en 2011 (Door, 2011). Enfin, d'autres médecins à diplôme étranger occupent faute de mieux d'autres emplois dans le domaine de la santé ou dans d'autres secteurs.

Parmi ces médecins, la très grande majorité proviennent de pays n'appartenant pas à l'Union européenne. C'est le cas de 55,6 % des médecins inscrits à l'Ordre (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2015), ainsi que de la quasi-totalité de ceux qui travaillent dans les hôpitaux sans être inscrits à l'Ordre. Parmi les médecins non originaires de l'Union européenne, les deux tiers proviennent des pays du Maghreb et du Proche-Orient (*ibid.*). Les Roumains, suivis des Belges, représentent quant eux la majorité des médecins un diplôme étranger ayant effectué leurs études dans un autre pays de l'Union européenne.

Le développement des recrutements de ces médecins en France est récent : ils datent principalement du début des années 1980. Jusque dans les années 1970, la profession médicale a été pratiquement fermée aux médecins n'ayant pas le diplôme d'État français.

---

<sup>2</sup> En France, l'Ordre des médecins est chargé d'élaborer et de faire respecter le code de déontologie médicale. En principe (mais nous verrons que ce principe comprend des exceptions), seuls les médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins peuvent exercer la médecine. Pour les médecins titulaires du diplôme d'État français, cette inscription est généralement une simple formalité.

Pour comprendre les raisons de ces recrutements, les débats et les types de régulations auxquels ils ont donné lieu, je me suis appuyé sur une grande diversité de sources, constituées dans le cadre d'une recherche plus large sur les politiques de l'État français dans le domaine de la démographie médicale (Déplaud, 2015 et 2018). Ces sources sont d'ordre principalement documentaires : archives publiques et privées, textes juridiques et circulaires, retranscriptions de débats parlementaires, documents produits par des organisations professionnelles ou d'autres acteurs mobilisés sur la question des médecins à diplôme non européen, journaux et bulletins professionnels, presse d'information générale. J'ai également conduit des entretiens approfondis avec des agents de l'État et des médecins pour compléter ces sources et guider leur interprétation.

#### **4. Des médecins indésirables devenus indispensables**

En France, les médecins se sont mobilisés à partir de la fin du 19<sup>e</sup> siècle, pour limiter l'accès des étrangers à l'exercice de leur métier (Evleth, 1995). Après avoir obtenu en 1892 que l'exercice de la médecine soit réservé aux détenteurs du diplôme d'État français de docteur en médecine, ils ont réussi à faire voter, en 1933, une loi imposant de surcroît une condition de citoyenneté française. En 1935, une autre loi a introduit à leur demande un système complexe de pénalités visant à retarder l'installation des médecins naturalisés n'ayant pas effectué le service militaire français, même si c'était pour des raisons de santé, de sexe ou d'âge. Enfin, sous le régime de Vichy, des mesures discriminatoires supplémentaires ont été adoptées à l'encontre des médecins ayant acquis la citoyenneté française par naturalisation et, surtout, des Juifs (Evleth, 2006).

Bien que les dispositions introduites par le régime de Vichy aient été abrogées en 1944, les conditions de citoyenneté et de diplôme énoncées avant-guerre en matière d'exercice de la médecine sont demeurées pratiquement inchangées jusque dans les années 1970. J'analyserai ici comment le régime juridique qui s'est appliqué aux médecins étrangers ou à diplôme étranger a évolué et été mis en œuvre entre 1945 et la fin des années 1970. J'exposerai ensuite comment les hôpitaux publics ont été amenés à recruter un nombre important de médecins à diplôme extra-européen dans les années 1980 et 1990. Enfin, dans un dernier temps, je m'intéresserai aux réactions que ces recrutements ont suscitées

à l'intérieur du corps médical, et aux mesures prises en retour par les pouvoirs publics à leur sujet.

#### *4.1. Une profession fermée*

Fixée par une ordonnance promulguée le 24 septembre 1945, la réglementation s'appliquant aux praticiens ne satisfaisant pas aux conditions générales d'exercice de la médecine en matière de citoyenneté et de diplôme reprend celle qui prévalait avant-guerre, à l'exception des dispositions introduites en 1935 à l'encontre des médecins naturalisés : la profession médicale reste pratiquement fermée aux médecins formés à l'étranger.

Appliquée en relation très étroite avec l'Ordre des médecins et la Confédération des syndicats médicaux français, première organisation syndicale des médecins à l'époque, cette réglementation a fait l'objet de peu de dérogations jusqu'au début des années 1970. Les principales ont porté sur la condition de citoyenneté, dont les ressortissants des pays issus de l'Empire colonial français sont exemptés. Les règles en matière de diplômes sont, en revanche, appliquées de manière stricte. À de rares exceptions près, les médecins titulaires de diplômes étrangers n'ont généralement pas d'autre choix que de faire convertir leur diplôme pour obtenir le doctorat d'État français pour exercer la médecine en France. Pour cela, ils doivent non seulement effectuer la seconde moitié du cursus des études médicales françaises (soit trois années au total), mais également passer tous les examens des années antérieures et même obtenir le baccalauréat français. Bien plus que la condition de citoyenneté française, le diplôme constitue ainsi pour les étrangers l'obstacle le plus important à l'exercice de la médecine en France.

Les restrictions apportées à l'exercice de la médecine par des médecins étrangers ou à diplôme étranger obéissent pour l'essentiel à une logique économique et statutaire très protectrice vis-à-vis de l'exercice libéral<sup>3</sup> et des postes permanents des hôpitaux et des facultés de médecine. Elles sont vigoureusement défendues par l'Ordre des médecins et

---

<sup>3</sup> En France, l'exercice libéral se définit par opposition à l'exercice salarié de la médecine. La rémunération des médecins libéraux provient principalement des honoraires réglés par leurs patients (mais ils peuvent également toucher des revenus salariaux, par exemple en faisant des consultations à l'hôpital).

les syndicats médicaux, qui considèrent que l'exercice de la médecine doit être réservée aux praticiens formés en France. Elles sont également justifiées, du point de vue des agents du ministère de la Santé, par des considérations de santé publique, dans la mesure où il s'agit pour eux d'éviter qu'exercent en France des médecins qui, à leurs yeux, ne présenteraient pas toutes les garanties requises en matière de formation.

Toutefois, au début des années 1970, les médecins français sont contraints d'accepter un desserrement des règles relatives à l'emploi des médecins à diplôme étranger en raison de l'évolution du droit international et du droit communautaire. Tirant argument du Protocole de New York en 1967, qui étend la Convention de Genève aux réfugiés issus des pays non européens, le ministère français des Affaires étrangères demande au ministère de la Santé de faire adopter des dispositions en vue de permettre à des médecins réfugiés ou apatrides d'exercer leur métier en France. Le 13 juillet 1972, le gouvernement promulgue une loi en ce sens. Toutefois, le dispositif mis en place demeure très restrictif : une commission, composée principalement de représentants du milieu médical, est chargée d'attribuer des autorisations d'exercice aux médecins ayant réussi au préalable des épreuves d'aptitude. Très rapidement, ses membres s'accordent sur le fait qu'il ne faut pas accorder un trop grand nombre d'autorisations, d'une part pour ne pas léser les États étrangers ayant assuré la formation initiale de leurs médecins, et d'autre part pour des raisons d'équité vis-à-vis des étudiants ayant échoué au concours de fin de première année de médecine, qui a été institué en 1971. Avec la baisse du nombre de places au concours de fin de première année de médecine – également appelé le *numerus clausus* –, le nombre d'autorisations d'exercice délivrées se réduit comme peau de chagrin : il passe de 194 en 1975 à 40 seulement en 1992.

En 1975, l'adoption de directives européennes visant à rendre effective pour les médecins la libre circulation des personnes et des services prévue par le Traité de Rome de 1957 contraint l'État français à reconnaître l'équivalence des diplômes de docteur en médecine délivrés par les universités françaises et celles des autres pays membres de la Communauté économique européenne (CEE) : les praticiens ressortissants d'un État membre de la CEE sont ainsi autorisés à exercer en France sans autorisation préalable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1977. Ces directives ont toutefois eu des effets migratoires limités jusqu'à l'élargissement de l'Union européenne aux pays d'Europe centrale en 2004 puis

en 2007. Jusqu'au début des années 2000, le nombre de médecins étrangers d'origine communautaire exerçant en France reste faible : on en compte seulement 2 508 en 2001, soit à peine plus de 1 % de l'ensemble des médecins (Langlois, 2001). En raison de la faiblesse de ces flux migratoires, les migrations de médecins européens en France ne suscitent guère de débats parmi les représentants des médecins libéraux durant cette période.

Toutefois, les directives européennes de 1975 sont à l'origine d'une discrimination nouvelle entre les médecins originaires des États membres de la CEE et ceux issus des autres États : les premiers acquièrent les mêmes droits en matière d'exercice que les médecins formés en France, tandis que les seconds doivent, pour avoir des droits similaires, obtenir une autorisation préalable. Or, comme nous l'avons vu, la commission qui les accorde le fait avec beaucoup de parcimonie. Pour les médecins formés en dehors de la CEE, les possibilités d'exercer la médecine en France sont donc, à la fin des années 1970, très limitées. Pourtant, les médecins hospitalo-universitaires, dont certains entretiennent des relations régulières avec leurs homologues francophones du Maghreb, d'Afrique ou du Proche-Orient, encouragent la venue en France de médecins souhaitant y acquérir un complément de formation. Sous des statuts divers, ils leur confient des responsabilités médicales dans les hôpitaux, au même titre qu'aux internes de médecine. Par ailleurs, les hôpitaux peinant à recruter des médecins dans certaines spécialités, les pouvoirs publics facilitent, à partir des années 1970, l'emploi de médecins ne satisfaisant pas aux conditions de diplôme et de nationalité requises pour exercer la médecine dans le secteur libéral. Les médecins ainsi recrutés sont généralement des praticiens ayant réussi les épreuves d'aptitude prévues par la loi du 13 juillet 1972 et espérant obtenir une autorisation de plein exercice<sup>4</sup>. Cependant, jusqu'au début des années 1980, peu de places sont vacantes pour ces médecins : la plupart sont occupées par les internes et les étudiants préparant le diplôme d'État français, alors nombreux en raison d'un *numerus clausus* élevé et d'un accès aux formations spécialisées peu régulé.

---

<sup>4</sup> À partir de 1975, plusieurs circulaires ministérielles ont précisé les conditions auxquelles les médecins à diplôme non européen pouvaient être recrutés comme aides-soignants ou infirmiers.

#### 4.2. Des hôpitaux sous contrainte

Confrontés à un manque croissant de personnel médical, les hôpitaux publics ont commencé à recruter, sous couvert de formation, un grand nombre de médecins à diplôme non européen pour assurer le fonctionnement de leurs services à partir des années 1980. D'après des recensements effectués entre 1993 et 1995, ce sont près de 8 000 médecins à diplôme extra-européen qui travaillent alors dans les hôpitaux publics (Coldefy, 1999).

Ces recrutements sont tout d'abord dus à la diminution du nombre de médecins en formation, consécutive à la baisse du *numerus clausus* et à la réforme des études médicales de 1982, qui vise à améliorer la formation des futurs spécialistes et à continger l'accès au titre de spécialiste. En 1977, les pouvoirs publics ont en effet entrepris de réduire le *numerus clausus* de médecine mis en place six années plus tôt. De 8 671 en 1977, il passe à 6 409 en 1981 et descend en dessous de la barre des 4 000 en 1992. Cette politique reçoit le soutien très appuyé des syndicats de médecins libéraux, confrontés à un fort accroissement des effectifs de la profession médicale : entre 1975 et 1984, le nombre de médecins en exercice passe de 81 000 à 140 000. Ils redoutent que cette hausse exacerbe la concurrence entre les médecins, et se traduise par une diminution de leurs revenus. Du côté du ministère chargé du Budget et des gestionnaires de l'assurance maladie, le *numerus clausus* est vu comme un instrument de maîtrise des dépenses : moins les universités formeront de médecins, moins ceux-ci seront nombreux à peser sur le budget de l'assurance maladie.

De manière concomitante, le gouvernement souhaite limiter le développement de la médecine spécialisée et former une proportion plus élevée de généralistes, dont les soins sont jugés moins coûteux que ceux des spécialistes. Cette politique est également soutenue par les syndicats de médecins libéraux et de spécialistes, pour lesquels la situation matérielle des spécialistes s'est fortement dégradée depuis le milieu des années 1970. En 1982, les pouvoirs publics adoptent une réforme consistant non seulement à limiter au niveau national le nombre de postes d'internes ouverts dans les formations spécialisées, mais également à faire des hôpitaux universitaires les lieux où les spécialistes en formation devront faire la quasi-totalité de leurs stages d'internat. En concentrant la formation des spécialistes dans les CHU, la réforme de 1982 retire donc

aux hôpitaux non universitaires des spécialistes en formation dont ils manquent cruellement à partir du milieu des années 1980.

La baisse du nombre de médecins en formation – futurs généralistes ou spécialistes – a des effets d'autant plus importants sur les hôpitaux que, dans le même temps, leurs besoins en praticiens s'accroissent. En effet, la généralisation de la médecine hospitalière à temps plein, consécutive à la réforme hospitalo-universitaire de 1958, se traduit par une intensification du travail médical en milieu hospitalier. La durée de séjour des malades à l'hôpital se raccourcit, tandis que des tâches effectuées autrefois par des praticiens en formation ou d'autres catégories de soignants doivent être désormais accomplies par des médecins titulaires (Chevandier, 2009). De nombreux postes de médecins hospitaliers sont créés. Cependant, non seulement ces créations de postes ne compensent pas entièrement la diminution du nombre de médecins en formation, mais les postes ainsi créés sont très difficiles à pourvoir, surtout dans les hôpitaux non universitaires. Ces difficultés de recrutement sont dues principalement à la dévalorisation des carrières hospitalières – à l'exception des carrières hospitalo-universitaires – par rapport aux carrières médicales en libéral, qui offrent souvent des revenus plus élevés et de meilleures conditions de travail.

Face à ces difficultés de recrutement, les hôpitaux publics ont la possibilité réglementaire d'embaucher des médecins à diplôme non européen en réallouant les sommes budgétées pour les postes non pourvus d'interne ou de médecin hospitalier. La quasi-totalité de ces médecins sont recrutés comme « faisant fonction d'interne » ou sous des statuts spécifiques de vacataires ou de contractuels, avec des rémunérations très inférieures à celles perçues par les internes ou les médecins titulaires. Les hôpitaux n'ont pourtant aucun mal à pourvoir ces postes. En effet, les candidats à ces emplois sont nombreux, à la fois en raison des difficultés qu'ils rencontrent dans leur pays d'origine, et d'une politique de coopération universitaire visant à inciter les médecins étrangers à venir compléter leur formation en France. Ces médecins proviennent principalement des pays du Maghreb, du Proche-Orient et d'Afrique francophone. Leur nombre est bien supérieur au nombre de postes qui leur sont proposés par les hôpitaux. Beaucoup doivent se contenter d'effectuer des stages hospitaliers non rémunérés (Denour et Junker, 1995). La possibilité d'avoir des fonctions hospitalières rémunérées, même mal, constitue donc une

perspective intéressante pour ces médecins, d'autant plus que beaucoup ne sont pas issus de familles aisées (*ibid.*) En raison des faibles perspectives professionnelles offertes dans leurs pays d'origine, dont certains sont de surcroît en proie à des troubles politiques (comme l'Algérie des années 1990), beaucoup cherchent à prolonger leur séjour en France en se faisant employer à l'hôpital, y compris comme aide-soignant ou infirmier. Espérant obtenir un jour une autorisation de plein exercice, plusieurs milliers de ces médecins, s'inscrivant successivement à plusieurs formations et acquérant la confiance de leurs chefs de service et de leurs collègues, se sont installés durablement en France, y ont fondé une famille et ont acquis la nationalité française. L'ancienneté de séjour s'accompagne ainsi de la constitution d'un capital de relations sociales à l'intérieur du champ médical qui leur permet de consolider une situation professionnelle restant toutefois marquée par des conditions de travail et des horaires particulièrement pénibles. Ces médecins sont employés principalement par les hôpitaux non universitaires situés dans des zones géographiques peu attractives (banlieues pauvres, régions rurales), et dans des spécialités délaissées car concurrencées par le secteur libéral (radiologie, chirurgie, anesthésie-réanimation...). Ils occupent ainsi les emplois laissés vacants par les médecins formés en France ou en Europe.

#### *4.3. Des discriminations qui perdurent*

À partir de la fin des années 1980, les recrutements de médecins à diplôme non européen commencent à susciter des critiques ouvertes de la part de praticiens issus des fractions dominantes de la profession médicale. Pour eux, les recrutements de médecins à diplôme extra-européen sont symptomatiques d'une dégradation des conditions d'exercice à l'hôpital et de l'affaiblissement du prestige de certaines spécialités, comme la chirurgie. De leur côté, les pouvoirs publics s'intéressent de plus près à ces recrutements, qui vont à l'encontre de la politique gouvernementale visant à limiter voire à réduire le nombre de médecins en France et à contenir l'augmentation des dépenses de santé.

Pour cela, les pouvoirs publics tentent d'abord de réduire le nombre de médecins venant poursuivre des études en France et de réduire leur durée de séjour sur le territoire, en réformant les types de formations qui leur sont proposées, en durcissant leurs conditions

d'embauche par les hôpitaux, et même en diminuant leur niveau de rémunération, déjà faible (par exemple en réduisant certaines indemnités de garde). Toutefois, ils échouent à faire appliquer ces mesures. En effet, les responsables hospitaliers locaux cherchent avant tout à assurer le fonctionnement de leurs services et à maintenir des conditions de travail acceptables pour les médecins titulaires. Ils s'opposent également à ce que le niveau de rémunération des médecins à diplôme non européen, déjà faible, soit abaissé davantage. En effet, ces derniers effectuent une partie importante du « sale boulot » hospitalier, comme les gardes et les urgences. Bien qu'ils doivent en théorie travailler sous la responsabilité directe de leur chef de service ou de l'un de ses collaborateurs, ils bénéficient d'une très grande autonomie dans leur travail.

La discordance croissante entre les statuts sous lesquels sont employés les médecins à diplôme extra-européen et les responsabilités qui leur sont effectivement confiées conduit finalement le gouvernement à envisager une intégration officielle de ceux-ci dans la profession médicale. Toutefois, le double souci de ne pas prendre des mesures allant à l'encontre de l'objectif affiché de maîtrise des dépenses de santé et de ne pas trop heurter la profession médicale aboutit à une loi qui, contrairement à l'intention première de ses initiateurs, a pour effet de rendre plus visibles les discriminations subies par ces médecins. Cette loi, adoptée en 1995, institue en effet un nouveau corps de médecins hospitaliers, les « praticiens adjoints contractuels (PAC) », réservé aux médecins à diplôme extra-européen. Les PAC ne bénéficient pas d'une autorisation de plein exercice, mais d'une autorisation restreinte au secteur hospitalier. Ils ne pourront donc pas exercer dans le secteur libéral, jugé encombré par les syndicats de médecins libéraux. En outre, cette autorisation d'exercice n'est valable que pour la durée de leur contrat (renouvelable), fixée à trois ans. De manière significative, la loi prévoit que ces médecins ayant une autorisation d'exercer partielle et temporaire soient enregistrés sous une « rubrique spécifique » auprès de l'Ordre des médecins. Enfin, leur rémunération en début de carrière est inférieure de moitié à celle des médecins hospitaliers titulaires, et la progression des revenus en cours de carrière est particulièrement lente. Entre 1996 et 1999, environ 4 000 médecins à diplôme non européen réussissent les épreuves donnant accès au statut de PAC, soit moins de la moitié de ceux exerçant alors dans les hôpitaux français.

Ce nouveau statut fait rapidement l'objet de nombreuses critiques, les unes mettant en avant son caractère discriminatoire, les autres pointant le risque que les hôpitaux préfèrent recruter des PAC plutôt que des postes de médecins titulaires, plus coûteux. Certains médecins à diplôme non européen se mobilisent et fondent des organisations réclamant l'obtention de statuts et de droits d'exercice similaires à ceux des autres médecins (Wolmark, 2012). Soutenus par des associations de médecins humanitaires et des organisations de défense des droits des étrangers et des droits de l'homme, ils tentent de tirer parti d'un contexte politique favorable. En effet, un gouvernement de gauche faisant de la lutte contre les discriminations touchant les étrangers une priorité politique arrive au pouvoir en 1997. À partir de l'année suivante, ce gouvernement décide également de relever le *numerus clausus* de médecine, ce qui marque une rupture importante avec la politique antérieure visant à réduire le nombre de médecins. Les médecins à diplôme extra-européens obtiennent ainsi, en 1998 et en 1999, d'importantes mesures de régularisation : entre 1998 et 2006, près de 8 000 médecins à diplôme extracommunautaire obtiennent les mêmes droits d'exercice que les médecins titulaires de diplômes français, soit près de quatre fois plus qu'entre 1975 et 1997.

Tout en régularisant la situation des médecins travaillant déjà dans les hôpitaux français, les pouvoirs publics cherchent à mieux organiser les recrutements des futurs de médecins à diplôme non européen et à les limiter. Ils mettent ainsi en place une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice, tout en interdisant le recrutement par les hôpitaux de médecins ne préparant pas un diplôme homologué par l'État, à l'exception des réfugiés, apatrides ou demandeurs d'asile. Cependant, en raison du faible nombre de postes offerts dans le cadre de cette procédure, les hôpitaux continuent à recruter des médecins à diplôme extra-européen sous des statuts précaires, même s'ils ne préparent pas des diplômes homologués par l'État. En effet, la majeure partie des postes de praticiens hospitaliers créés suite à l'adoption des nouvelles normes en matière d'encadrement médical et de temps de travail n'est pas pourvue. 8 300 postes sont recensés comme statutairement vacants en 2005, soit pratiquement un poste de médecin hospitalier titulaire sur cinq (Berland, 2005). Cette année-là, une enquête conduite par le ministère de la Santé, à laquelle 76 % des établissements interrogés ont répondu, recense plus de 6 700 médecins à diplôme non européen employés sous des statuts précaires. Au milieu des années 2000, la situation préexistante à 1995 s'est donc reconstituée. Malgré de nouvelles mesures de

régularisation à partir de 2006, le nombre de médecins à diplôme non européen travaillant sous des statuts précaires dans les hôpitaux reste stable : les pouvoirs publics en comptent toujours 7 000 en 2011 (Door, 2012).

Quant aux médecins à diplôme non européen ayant obtenu une autorisation de plein exercice, ils continuent à occuper très majoritairement des emplois hospitaliers. De même, les médecins roumains qui sont venus exercer en France suite à l'adhésion de leur pays à l'Union européenne en 2007 exercent pour la plupart à l'hôpital. Dans la mesure où la réussite d'une installation dans le secteur libéral ne dépend pas seulement des compétences proprement professionnelles, mais de « caractéristiques auxiliaires » (Hughes, 1945) telles que l'origine sociale, le lieu d'obtention du diplôme ou la couleur de la peau, beaucoup n'ont sans doute pas voulu s'y risquer. Quel que soit le statut sous lequel ils sont employés, et qu'ils bénéficient ou non d'une autorisation de plein exercice, ces médecins sont aujourd'hui devenus indispensables à la très grande majorité des services hospitaliers en France.

## **5. Conclusion**

À partir du milieu des années 1980, les hôpitaux français ont recruté de nombreux médecins à diplôme extra-européen pour pourvoir les postes d'internes ou de médecins titulaires non pourvus par les ressortissants nationaux. Les pouvoirs publics ont initialement favorisé ces recrutements, qui devaient amortir l'impact de la diminution du nombre de médecins en formation sur le fonctionnement des services hospitaliers, notamment dans les hôpitaux généraux. Ces embauches ont été rendus possibles par le fait que de nombreux médecins, principalement issus du Maghreb et du Proche-Orient, viennent en France pour y suivre une formation complémentaire. Faute de perspectives de carrière dans leurs pays d'origine, beaucoup se sont portés candidats aux postes qui leur étaient proposés, en dépit de leur caractère précaire et mal rémunéré.

À partir de la fin des années 1980, devant l'ampleur inattendue de ces recrutements, les pouvoirs publics ont tenté de dissuader ces médecins de venir en France ou d'y prolonger leur séjour, notamment en réformant les cursus qui leur étaient réservés, en durcissant leurs conditions d'embauche dans les hôpitaux, voire en réduisant leur rémunération. En

vain. Au début des années 1990, les pouvoirs publics recensent plusieurs milliers de médecins à diplôme non européen travaillant depuis plusieurs années dans les hôpitaux français, ayant souvent acquis la nationalité française, et n'ayant pratiquement aucune perspective d'obtenir une autorisation de plein exercice, indispensable pour pouvoir s'installer dans le secteur libéral ou passer les concours hospitaliers.

Il faut attendre le milieu des années 1990 pour que les pouvoirs publics tentent d'apporter une réponse globale à la situation de ces médecins, tout d'abord en créant un nouveau corps de praticiens ne pouvant exercer qu'à l'hôpital – les praticiens adjoints contractuels –, puis en assouplissant considérablement les conditions d'attribution des autorisations d'exercice. Toutefois, ces mesures ont toujours visé les médecins déjà présents en France depuis plusieurs années et pouvant faire état de « services » conséquents dans les hôpitaux français, tout en durcissant les conditions d'embauche des médecins présents en France depuis moins longtemps. Dès lors, si ces mesures ont permis à plus de dix mille médecins à diplôme non européen d'obtenir une autorisation d'exercice et donc un meilleur statut depuis 1998, elles n'ont pas pu empêcher que se reconstitue systématiquement un vivier de praticiens continuant à travailler dans les hôpitaux sous des statuts précaires, en attente d'une autorisation d'exercice. De manière tout aussi récurrente, les pouvoirs publics ferment les yeux sur ces recrutements, indispensables au fonctionnement de nombreux services hospitaliers.

En pratique, cette situation revient à faire comme s'il existait, pour les médecins à diplôme extracommunautaire, un régime d'exercice à deux niveaux : l'un, réservé aux détenteurs d'une autorisation formelle d'exercer, leur permet de pratiquer la médecine dans les mêmes conditions et sous les mêmes statuts que les médecins français ou européens ; le second, ne nécessitant pas l'obtention d'une autorisation formelle, ne permet d'exercer la médecine que dans les hôpitaux publics, sous certains statuts et sous la responsabilité directe (souvent très théorique) d'un chef de service ou de ses collaborateurs. La barrière qui oppose ces deux catégories de médecins est une barrière mobile, puisque les seconds espèrent toujours obtenir, en fin de compte, une autorisation d'exercice. Mais, dans le meilleur des cas, cela nécessite des années. L'existence de cette barrière permet donc aux hôpitaux français de disposer constamment d'un vivier de praticiens captifs, au sens où ils ne peuvent exercer en France nulle part ailleurs qu'à

l'hôpital, et n'ont pas d'autre choix que d'accepter les emplois laissés vacants par les nationaux (ou les ressortissants d'origine européenne), pour une rémunération inférieure.

Le recours aux médecins à diplôme extra-européen reste considéré par les pouvoirs publics comme un expédient : en principe, l'augmentation du nombre de médecins en formation et la poursuite des restructurations hospitalières permettront, à terme, de s'en passer. Mais tant que les installations en médecine libérale resteront faiblement encadrées, et que des écarts de rémunérations significatifs persisteront entre médecins libéraux et médecins hospitaliers dans certaines spécialités, il est probable que ces praticiens forment une composante durable du système hospitalier, comme c'est le cas depuis déjà plusieurs décennies dans les pays anglo-saxons.

## 6. Références

- Astor A., Akhtar T., Matallana M.A., Muthuswamy V., Olowu F.A., Tallo V., Lie R.K. (2005), « Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines », *Social Science & Medicine*, vol. 61, n°12, pp. 2492-2500.
- Belorgey N. (2010), *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte.
- Berland Y. (2005), « Mission « Démographie médicale hospitalière » », Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités.
- Bernstein J.H., Shuval J.T. (1998), « The occupational integration of former Soviet physicians in Israel », *Social Science & Medicine*, vol. 47, n°6, pp. 809-819.
- Blain M.-J., Suárez-Herrera J.C., Fortin S. (2012), « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n°5, <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/973>.
- Boyd M., Schellenberg G. (2007), « Réagrément et professions des médecins et ingénieurs immigrants », *Tendances sociales canadiennes*, n°11-008, pp. 1-10.
- Brubaker R. (1992), *Citizenship and nationhood in France and Germany*, Cambridge, Mass. ; London, Harvard University Press.
- Cartier M., Retière J., Siblot Y. (2010), *Le salariat à statut. Genèses et cultures*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

- Chevandier C. (2009), *L'hôpital dans la France du XXe siècle*, Paris, Perrin.
- Coldefy M. (1999), « 7 500 médecins à diplôme non européen dans les hôpitaux français en 1995 », *Solidarité santé*, n°1.
- Commonwealth Health Ministers (2003), *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Personnel*, Genève, <https://www.hrhresourcecenter.org/node/151.html>.
- Conseil national de l'Ordre des médecins (2015), *Les flux migratoires et trajectoires des médecins. Situation en 2014*, Paris, Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Decker K. (2001), « Overseas doctors. Past and present », in Coker N. (Ed.), *Racism in medicine: An agenda for change*, London, King's Fund, pp. 23-58.
- Denour L., Junker R. (1995), « Les médecins étrangers dans les hôpitaux français », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 11, n°3, pp. 145-166.
- Déplade M.-O. (2011), « State Xenophobia? Foreign doctors in France », *Politix*, vol. 95, n°3, pp. 207-231.
- Déplade M.-O. (2015), *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, Paris, Les Belles lettres.
- Déplade M.-O. (2018), « Enquête sur une politique manquée : l'État français et la démographie médicale (1960-2015) », *Saúde e Sociedade*, à paraître.
- Door J.-P. (2012), *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un État non membre de l'Union européenne*, Paris, Assemblée nationale.
- Evleth D. (1995), « Vichy France and the continuity of medical nationalism », *Social History of Medicine*, vol. 8, n°1, pp. 95-116.
- Evleth D. (2006), « The Ordre des médecins and the Jews in Vichy France, 1940-1944 », *French History*, vol. 20, pp. 204-224.
- Hart L.G., Skillman S.M., Fordyce M., Thompson M., Hagopian A., Konrad T.R. (2007), « International Medical Graduate Physicians In The United States: Changes Since 1981 », *Health Affairs*, vol. 26, n°4, pp. 1159-1169.
- Hughes E.C. (1945), « Dilemmas and Contradictions of Status », *American Journal of Sociology*, vol. 50, n°5, pp. 353-359.
- Kangasniemi M., Winters L.A., Commander S. (2007), « Is the medical brain drain beneficial? Evidence from overseas doctors in the UK », *Social Science & Medicine*, vol. 65, n°5, pp. 915-923.

- Langlois J. (2001), *Démographie médicale. Les médecins recrutés hors de l'Université français*, Paris, Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Mendy A.F. (2014), « La carrière du médecin africain en Europe : être médecin avec un diplôme africain au Royaume-Uni, en France et en Suisse », *Swiss Journal of Sociology*, vol. 40, n°1, pp. 57-77.
- Mendy A.F. (2016), *Être médecin africain en Europe*, Paris, Karthala.
- Moullan Y., Bourgueil Y. (2014), « The international migration of doctors: Impacts and political implications », *Questions d'économie de la santé*, n°203, pp. 1-7, <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/203-the-international-migration-of-doctors-impacts-and-political-implications.pdf>.
- Noiriel G. (2001), *État, nation et immigration. Vers une histoire du pouvoir*, Paris, Belin.
- Noiriel G. (2007), *Immigration, antisémitisme et racisme en France, XIXe-XXe siècle : discours publics, humiliations privées*, Paris, Fayard.
- OECD (2016), *Health workforce policies in OECD countries. Right jobs, right skills, right places*, Paris, OECD, <https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- Raghuram P., Kofman E. (2002), « The state, skilled labour markets, and immigration: The case of doctors in England », *Environment and Planning A: Economy and Space*, vol. 34, n°11, pp. 2071-2089.
- Séchet R., Vasilcu D. (2012), « Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice », *Norois. Environnement, aménagement, société*, n°223, pp. 63-76.
- Séchet R., Vasilcu D. (2015), « Physicians' migration from Romania to France: A brain drain into Europe? », *Cybergeo : European Journal of Geography*, n° 743, <http://journals.openedition.org/cybergeo/27249>.
- Shin E.H., Chang K.-S. (1988), « Peripherization of immigrant professionals: Korean physicians in the United States », *International Migration Review*, vol. 22, n°4, pp. 609-626.
- Shuval J.T. (1995), « Elitism and professional control in a saturated market: Immigrant physicians in Israel », *Sociology of Health & Illness*, vol. 17, n°4, pp. 550-565.
- Stevens R., Goodman L.W., Mick S.S. (1978), *The alien doctors. Foreign medical graduates in American hospitals*, New York, John Wiley & Sons, 1978.
- WHO (2010), *WHO code of practice on the international recruitment of health personnel*, Genève, WHO, [http://www.who.int/hrh/resources/code\\_implementation/en/](http://www.who.int/hrh/resources/code_implementation/en/).
- Wolmark C. (2012), « Médecins étrangers : sortir de l'invisibilité », *Plein droit*, n°92, pp. 36-40.

Zalc C. (2010), *Melting shops : une histoire des commerçants étrangers en France*, Paris, Perrin.

## 7. Références « classiques »

Bernstein J.H. et Shuval J.T. (1998), « The occupational integration of former Soviet physicians in Israel », *Social Science & Medicine*, vol. 47, n°6, pp. 809-819.

Denour L. et Junker R. (1995), « Les médecins étrangers dans les hôpitaux français », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 11, n°3, pp. 145-166.

Déplaud M.-O. (2011), « State Xenophobia? Foreign doctors in France », *Politix*, vol. 95, n°3, pp. 207-231.

Evleth D. (1995), « Vichy France and the continuity of medical nationalism », *Social History of Medicine*, vol. 8, n°1, pp. 95-116.

Mendy A.F. (2016), *Être médecin africain en Europe*, Paris, Karthala.

Moullan Y. et Bourgueil Y. (2014), « The international migration of doctors: Impacts and political implications », *Questions d'économie de la santé*, n°203, pp. 1-7, <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/203-the-international-migration-of-doctors-impacts-and-political-implications.pdf>.

Raghuram P. et Kofman E. (2002), « The state, skilled labour markets, and immigration: The case of doctors in England », *Environment and Planning A: Economy and Space*, vol. 34, n°11, pp. 2071-2089.

Shin E.H. et Chang K.-S. (1988), « Peripherization of immigrant professionals: Korean physicians in the United States », *International Migration Review*, vol. 22, n°4, pp. 609-626.