
**hommes
& migrations**

Hommes & migrations

Revue française de référence sur les dynamiques migratoires

1282 | 2009

Santé et droits des étrangers : réalités et enjeux

Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire

Leur difficile intégration dans le système français. Cas des médecins et des infirmiers

Claire Hatzfeld, Mathieu Boidé et Alain Baumelou



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/452>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.452

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2009

Pagination : 90-100

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Claire Hatzfeld, Mathieu Boidé et Alain Baumelou, « Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire », *Hommes & migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 01 novembre 2012, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/452> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.452

Tous droits réservés

Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire

Leur difficile intégration dans le système français Cas des médecins et des infirmiers

Par Claire Hatzfeld, secrétaire générale,
Association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France (APSR),
Mathieu Boidé, coordonnateur, APSR
et Alain Baumelou, président, APSR

© D.R.

Malgré une réglementation stricte et une forte tradition qui laissent peu de place aux étrangers, une procédure dérogatoire a été créée en 1972, dont le principe gouverne la procédure d'autorisation d'exercice actuelle pour les professions médicales et les pharmaciens. Cependant, face au déficit en professionnels formés en France et vu la compétence de nombreux candidats non européens, on peut regretter que la sélection soit si rude. *A contrario*, des professionnels quittent le pays où ils ont été formés, qui souffre d'une extrême pénurie. Des mesures devraient être prises au niveau international pour arrêter cette hémorragie.

Les professions de santé sont protégées et strictement réglementées en France, comme dans l'ensemble des pays occidentaux. Ne pas respecter cette réglementation équivaut à exercer de manière illégale et expose à de lourdes sanctions.

L'exigence de base, qui concerne toutes les professions de santé, est celle du diplôme : il doit s'agir du diplôme d'État français ou d'un diplôme obtenu dans un pays de l'Espace économique européen⁽¹⁾. Que le diplôme soit français ou européen, la condition de nationalité a été pendant longtemps absolue pour l'exercice des professions dites "médicales" (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) et pour la profession de pharmacien ; elle ne concernait que les titulaires de diplômes européens pour les professions paramédicales. Son champ vient d'être réduit pour ces deux groupes de profession ; cette ouverture, même si elle reste limitée dans les faits, revêt une véritable valeur symbolique.

Cette réglementation n'est pas adaptée aux périodes de grande mobilité internationale, comme celle que nous vivons actuellement, qui impliquent un brassage de populations et, qu'on le veuille ou non, la nécessité d'accueillir des professionnels venant des pays d'émigration. Elle est notamment un obstacle à l'intégration dans leur profession d'origine des professionnels de santé réfugiés⁽²⁾.

Une politique ouverte devrait se donner pour objectif d'accueillir réellement l'étranger, et non le reléguer dans une situation d'infériorité ; de contribuer à réduire le déficit existant actuellement en France dans les professions de santé, sans aggraver celui des pays d'émigration, gageure qui peut paraître hors de portée mais devrait trouver des solutions ; d'entraîner l'Europe dans son sillage. Les mesures dérogatoires, mises en place progressivement depuis trente-sept ans, ont représenté un réel progrès, mais restent très en deçà de ces perspectives. Le parcours d'intégration qui en découle est ainsi très différent selon qu'il s'agit des professions médicales ou des professions paramédicales.

Les médecins

Les trois professions médicales et la profession de pharmacien sont soumises au même régime spécifique. Nous prendrons ici comme exemple les médecins, de loin les plus nombreux et qui présentent des situations particulièrement complexes.

Définition de la population

L'article L. 4111-1 du code de la santé publique (CSP) pose trois conditions cumulatives à l'exercice de la médecine en France : une condition de diplôme (être titulaire soit du diplôme français d'État de docteur en médecine, soit d'un diplôme délivré par

un État membre de l'UE, conforme aux obligations communautaires) ; une condition de nationalité (être de nationalité française, andorrane, être ressortissant communautaire et – grâce à des accords bilatéraux – être Tunisien ou Marocain) ; une condition d'admission par la profession (être inscrit au tableau de l'Ordre).

Cependant, le champ de la condition de nationalité vient d'être légèrement réduit par la loi "portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires" (dite "HPST"), adoptée le 24 juin 2009⁽³⁾. Quelle que soit sa nationalité, le médecin, la sage-femme, le chirurgien-dentiste ou le pharmacien qui est titulaire du diplôme d'État français obtenu à l'issue d'un cursus réalisé entièrement sur le territoire aura la possibilité d'exercer sans formalité supplémentaire.

Restent donc exclus de fait de l'exercice de la médecine en France des médecins citoyens de l'UE, mais titulaires d'un diplôme non communautaire ; des médecins non citoyens de l'UE, mais titulaires d'un diplôme communautaire – sauf s'il s'agit d'un diplôme français obtenu dans les conditions indiquées dans le paragraphe précédent (loi HPST) ; enfin, des médecins non citoyens de l'UE et titulaires d'un diplôme non communautaire.

Dans le présent article, nous nommerons ces professionnels "MNE" (pour "médecins non européens par la nationalité et/ou le diplôme"⁽⁴⁾), sachant que cette abréviation recouvre ces trois réalités. Ces médecins, quand ils arrivent en France, n'ont pas le droit d'exercer leur profession. Le régime dérogatoire qui leur permettra ultérieurement d'exercer se décline sur plusieurs années, pendant lesquelles ils gravitent dans des situations marginales.

Le poids de la tradition

De longue date, le corps médical français n'aime pas incorporer en son sein des médecins venus d'autres pays. Depuis la Révolution française, l'exclusion s'est faite soit sur le diplôme, soit sur la nationalité, soit comme actuellement sur l'une et l'autre⁽⁵⁾.

La clause de nationalité date de la loi Armbruster de 1933, durcie en 1935 – période de l'installation du nazisme en Allemagne, période où la France est traversée par des mouvements xénophobes et antisémites, particulièrement actifs chez les médecins et les étudiants en médecine⁽⁶⁾. Jusqu'à tout récemment, ce lourd héritage n'a guère été remis en question.

La condition de nationalité apparaît pourtant comme une discrimination et, à ce titre, comme inconstitutionnelle⁽⁷⁾. À cette discrimination légale s'ajoute souvent une discrimination de fait, dénoncée par Lochard : "*Certains en sont réduits [...] à occuper des interstices au sein de l'appareil hospitalier, des disciplines en partie délaissées par leurs homologues français, des catégories d'établissements ou des zones géographiques déficitaires*"⁽⁸⁾.

Cependant, une timide évolution se produit actuellement. Le 11 février 2009, le Sénat adoptait une proposition de loi tendant à faire disparaître la clause de nationalité des exigences opposables ; cette loi serait applicable aux professions de santé, mais, à ce jour, le texte voté par le Sénat n'a pas encore été soumis à l'Assemblée nationale. Le 24 juin suivant, la loi HPST était définitivement adoptée, supprimant la clause de nationalité pour les médecins⁽⁹⁾ titulaires d'un diplôme français ayant effectué la totalité de leur cursus en France.

Les besoins du système de santé français

L'intégration des MNE se justifie pour certains par le déficit en médecins français, diplômés en France. Mais comment estimer ces besoins ? Les études démographiques pourraient être rassurantes : selon les données de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé⁽¹⁰⁾ – reprises par Yvon Berland et par l'Organisation de développement et de coopération économiques⁽¹¹⁾ –, avec une densité moyenne de 340 médecins pour 100 000 habitants en 2004, la France se situait bien au-dessus de l'ensemble des pays de l'OCDE et au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne (des Quinze).

Mais cette densité moyenne est trompeuse : nombreux sont les patients qui déplorent une opération non urgente remise à plusieurs semaines ; l'attente à l'hôpital, notamment dans les services d'urgence ; le délai pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste... Par ailleurs, les “déserts médicaux”, bien connus de la population, sont authentifiés par les études démographiques. Expression supplémentaire des besoins, un MNE ayant obtenu l'autorisation ministérielle d'exercer sa profession ne rencontre aucune difficulté pour trouver un lieu d'installation libérale ou un poste hospitalier.

Le pillage des cerveaux

Les MNE sont presque tous des immigrés. En effet, la plupart des Français qui se trouvent parmi eux sont arrivés en France comme étrangers ; ils ont obtenu par la suite la nationalité française. Ils s'inscrivent dans l'élévation du niveau de qualification observée actuellement chez les migrants dans leur ensemble⁽¹²⁾.

Aussi, la question du pillage des cerveaux ne peut pas être éludée. Selon l'Organisation mondiale de la santé⁽¹³⁾, 57 pays connaîtraient une pénurie aiguë de médecins, l'émigration médicale expliquant jusqu'à 25 % de cette pénurie dans certains pays d'Afrique subsaharienne. Ce déficit est un véritable drame humanitaire – auquel s'ajoute la perte financière liée notamment au coût de la formation, estimée à 60 000 dollars pour un médecin généraliste⁽¹⁴⁾ – dont on voit mal l'issue en dehors d'un effort considérable de formation sous l'égide de l'OMS.

La position française de ce point de vue n'est pas claire. Malgré la politique d'«*immigration choisie*» instaurée en 2007 pour l'ensemble des migrants, on ne voit aucune sollicitation officielle encourageant la venue des médecins étrangers. Certes, il existe des officines privées qui les attirent sur le territoire, mais nous ne connaissons pas leur impact. À l'opposé, la procédure d'intégration des MNE en France, longue – plusieurs années – et très sélective, constitue probablement un facteur de dissuasion.

L'attente de l'autorisation ministérielle d'exercer

Théoriquement, les nouveaux arrivants en France se trouvent exclus de toute pratique professionnelle. Mais, en fait, ils peuvent exercer des fonctions médicales dans les hôpitaux publics par divers biais.

En 1981 et 1987, deux décrets⁽¹⁵⁾ ont donné la possibilité aux médecins étrangers et/ou titulaires d'un diplôme étranger (précurseurs des MNE) d'exercer, dans les hôpitaux publics ou «*participant au service public hospitalier*» (PSPH), des fonctions d'assistants – comme assistants «*associés*» – ou d'attachés – comme attachés «*associés*». Jusqu'en 1999, ces postes ont été nombreux, bien que médiocrement rémunérés – sensiblement moins bien que les postes d'attachés et d'assistants occupés par des médecins inscrits au tableau de l'Ordre⁽¹⁶⁾. L'article 60 de la loi CMU du 27 juillet 1999 a interdit tout primo-recrutement⁽¹⁷⁾, sauf pour les médecins «*français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises*» (ici «*rapatriés*») et pour les réfugiés. Cependant, des directeurs d'hôpitaux manquant de médecins dans leur établissement ont passé outre à cette interdiction ; le ministère de la Santé a, dans un premier temps, refusé de reconnaître ces fonctions exercées par ces MNE. Aujourd'hui, après une période de flottement correspondant à de nouvelles modifications de la procédure, les primo-recrutements sont de nouveau interdits.

Certains MNE exercent comme assistants dans les services hospitaliers agréés pour la formation des internes. C'est une obligation pour la plupart d'entre eux lorsqu'ils ont été reçus aux épreuves de vérification des connaissances de la procédure d'autorisation d'exercice. Ils peuvent occuper dans les hôpitaux universitaires (ou rattachés à ceux-ci) des postes «*faisant fonction d'interne*» – rémunérés ou non – dans le cadre de la préparation à des Attestations de formation spécialisée ou Attestations de formation spécialisée approfondie (AFS, AFSA). Pour s'inscrire à ces formations, ils doivent soit être déjà spécialistes, soit avoir commencé une formation de spécialiste dans leur pays d'origine. À noter que ces formations ne donnent pas le droit d'exercer en France, mais sont appréciées pour l'acquisition de connaissances qu'elles permettent et aussi parce qu'elles valoriseront un curriculum vitae.

Un certain nombre de Praticiens adjoints contractuels (PAC) exercent encore dans les établissements publics de santé et dans les établissements privés PSPH, parti-

culièrement dans les hôpitaux non universitaires. Mais, tout en pouvant obtenir l'autorisation ministérielle d'exercer après six ans de fonctions hospitalières, ils sont de moins en moins nombreux.

Devant ces obstacles, les MNE devant faire face à des nécessités économiques se tournent vers les professions paramédicales, mais celles-ci leur sont tout juste entrouvertes. La circulaire du 1^{er} août 2001 qui leur permettait d'exercer des fonctions d'infirmier pendant trois ans dans des établissements de soins publics ou privés a été abrogée en mai 2007. Néanmoins, ils bénéficient de conditions très favorables pour passer le diplôme d'État d'infirmier (DEI) : deux mois de stage et deux semaines de cours théoriques. La difficulté est toutefois de trouver un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) assurant cette formation⁽¹⁸⁾.

Par ailleurs, même les fonctions d'aide-soignant ne sont possibles que sous conditions : être citoyen européen, conjoint d'un citoyen européen ou réfugié. Ces situations, même provisoires, représentent un grand déclassement, inacceptable déchéance pour certains.

L'intégration des MNE dans le système de santé français peut être réalisée par deux voies : demander l'autorisation ministérielle d'exercer ou faire les études conduisant au diplôme d'État français de docteur en médecine.

Théoriquement, les nouveaux arrivants en France se trouvent exclus de toute pratique professionnelle. Mais, en fait, ils peuvent exercer des fonctions médicales dans les hôpitaux publics par divers biais.

Demander l'autorisation ministérielle d'exercer

La loi du 13 juillet 1972 a représenté une véritable révolution, car elle a ouvert une possibilité de plein exercice à des médecins, des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes ne remplissant pas les conditions du code de la santé publique (CSP), considérées jusqu'alors comme absolues.

Après avoir passé des épreuves de vérification des connaissances, les candidats soumettaient leur dossier à une commission ministérielle qui sélectionnait "les meilleurs" dans les limites d'un quota fixé chaque année. Les candidats sélectionnés étaient autorisés à exercer la médecine générale. Pour exercer une spécialité, ils devaient demander la qualification au conseil de l'Ordre.

Mais les quotas étant devenus peu à peu trop faibles – en 1991, 40 pour 836 dossiers ; en 1996, 75 pour 1 100 dossiers⁽¹⁹⁾ –, la procédure laissait sur la touche un nombre de plus en plus grand d'assistants associés ou d'attachés associés. Ceux-ci, qui avaient dans les faits les mêmes responsabilités que leurs collègues français diplômés en France, las

d'être déclassés par leur salaire et sans perspective raisonnable d'avenir, firent éclater au grand jour leur situation. Soutenus par plusieurs associations⁽²⁰⁾, regroupés eux-mêmes en associations puis en syndicats, ils obtinrent d'abord une augmentation très substantielle du nombre d'autorisations accordées : 400 pour 1 200 dossiers en 1997, 907 pour 960 dossiers en 1998. Par la suite, la modification de la législation se concrétisera par l'article 60 de la loi dite "CMU" du 27 juillet 1999, puis par l'article 83 de la loi du 21 décembre 2006 relative au financement de la Sécurité sociale pour 2007 – texte actuellement en vigueur et codifié à l'article L. 4111-2 du CSP.

La législation actuelle ne touche pas au principe de base de la loi de 1972, mais elle institue quatre différences notables dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercer (PAE). L'ensemble de la procédure – épreuves de vérification des connaissances et examen du dossier par la commission ministérielle – est désormais organisé par spécialités médicales. Le quota est situé au niveau des épreuves, qui représentent l'étape majeure de la sélection. Cependant, ce quota n'est pas opposable à tous les candidats : sont reçus en sus, d'une part, les réfugiés, les apatrides, les bénéficiaires de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire et les Français rapatriés ; et, d'autre part, les candidats ayant exercé des fonctions hospitalières avant le 10 juin 2004⁽²¹⁾. Cette dernière catégorie – numériquement importante – disparaîtra en 2011⁽²²⁾.

Les candidats reçus aux épreuves sont astreints à trois années de fonctions hospitalières avant de présenter leur dossier à la commission d'autorisation d'exercice, qui est dominée par les représentants du conseil de l'Ordre et où siège, outre des représentants de l'administration, un représentant d'un syndicat de médecins à diplôme non communautaire ; l'APSR y dispose d'une voix consultative. Cette commission examine en outre les dossiers des médecins titulaires d'un diplôme communautaire (y compris français), mais non citoyens de l'UE.

Nul ne peut se présenter plus de trois fois aux épreuves de vérification des connaissances, ni soumettre plus de trois fois son dossier à la commission.

Les MNE qui ont obtenu l'autorisation ministérielle d'exercer peuvent s'inscrire au tableau de l'Ordre. Ils ont alors la plénitude d'exercice, qu'il s'agisse de médecine libérale ou salariée – hospitalière ou non. À l'hôpital, il arrive de les trouver en haut de la hiérarchie hospitalière, comme praticiens hospitaliers (PH), voire chefs de service.

Cette description schématique de la PAE tient compte des modifications apportées par la loi HPST ; celle-ci a en outre remplacé l'épreuve écrite de maîtrise de la langue française par une attestation de niveau dont les modalités ne sont pas encore définies. Sous l'empire de la loi de 1972 – donc entre 1973 et 2002⁽²³⁾ –, 4 968 autorisations d'exercer ont été accordées⁽²⁴⁾. En application de la loi de 1999 et de la loi de 2006, en l'état des résultats en notre possession, 1 740 candidats ont été autorisés. En outre, la loi de 1999 a créé deux catégories nouvelles et provisoires⁽²⁵⁾, qui ont cumulé 4 509

autorisations environ (OCDE, 2008). Au total, depuis 1973, environ 11 218 médecins ne répondant pas aux exigences de l'article L. 4111-1 du CSP ont été autorisés à exercer leur profession en France, après inscription au tableau de l'Ordre, grâce à ces procédures.

La reprise des études : un défi payant ?

Certains MNE préfèrent reprendre les études conduisant au diplôme d'État, en bénéficiant de dispenses de scolarité qui peuvent aller jusqu'à quatre ans. Ce n'est toutefois pas une sinécure, non pas tant du fait de la durée de l'entreprise – qui varie selon le nombre d'années de dispense de scolarité accordé – que du fait de l'obstacle que constitue le concours de fin de première année : conçu pour les jeunes bacheliers français et grevé par le fort coefficient accordé aux sciences fondamentales, ce concours constitue la pierre d'achoppement du système, et le succès est au prix d'une année, voire deux, consacrée entièrement à sa préparation. S'il représente une dure sélection pour les titulaires du baccalauréat français, bien peu de médecins non citoyens européens sont en condition de le réussir, la plupart ayant perdu toute attache avec les sciences fondamentales – comme d'ailleurs les médecins français de même génération. Nous ne connaissons pas les résultats d'ensemble, mais, dans la population que nous connaissons – réfugiés et assimilés –, les échecs sont très fréquents.

Outre les difficultés propres à chacune de ces deux voies d'intégration, il faut préciser que l'autorisation d'exercice par la PAE donne d'emblée le droit au plein exercice. Cependant, elle n'ouvre pas la porte aux carrières universitaires, qui exigent le diplôme d'État ; et elle n'est pas actuellement reconnue par l'ensemble des pays de l'UE. Le diplôme d'État n'a bien entendu pas ces deux limitations. Par contre, il ne permet le plein exercice que si la condition de nationalité est satisfaite.

Les autres professions médicales et les pharmaciens

Vis-à-vis de la PAE, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes ont eu en commun jusqu'alors de ne pas être astreints aux fonctions hospitalières. Un allègement du parcours certes, mais aussi des difficultés pour les commissions ministérielles à juger de leurs compétences pratiques. Pour les sages-femmes, des stages ont pu être organisés non sans peine, au coup par coup. La loi HPST du 24 juin 2009 clarifie cette situation en astreignant les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes à une année de fonctions hospitalières.

Les pharmaciens n'étaient pas concernés par la loi de 1972 ; des autorisations d'exercer pouvaient être accordées aux titulaires d'un diplôme français ou communautaire, non citoyens de l'UE. Au regard de la PAE, ils se trouvent plutôt dans une situation favorable, car ils peuvent être recrutés (y compris dans le cadre d'un primo-recrutement) dans les établissements publics de soins ou PSPH.

Professions paramédicales

Pour exercer une profession paramédicale en France, il faut être titulaire du diplôme d'État français⁽²⁶⁾ ; il n'y a alors pas de condition de nationalité. Jusqu'alors, les titulaires d'un diplôme européen devaient en revanche être citoyens européens, mais la loi HPST modifie cette dernière exigence. Désormais, les paramédicaux titulaires d'un diplôme communautaire ne sont plus soumis à l'exigence de nationalité. Ils doivent cependant faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française, ainsi que de leur expérience professionnelle. L'autorisation d'exercer leur est accordée dans la limite d'un quota annuel, après avis d'une commission.

Pour le reste, l'accès à ces professions diffère principalement par la durée et le type d'enseignement. Nous prendrons ici comme exemple les infirmiers ; les règles d'accès à l'exercice des infirmiers diplômés hors de l'Union européenne (ci-après INE) sont transposables aux autres professions paramédicales.

Les infirmiers sont en France les professionnels de santé les plus nombreux : près de 500 000 en 2007 (au 1^{er} janvier 2005, 452 466 infirmiers, soit une densité de 743 pour 100 000 habitants – OCDE, 2008).

Ces chiffres sont très en dessous des besoins. Ce déficit n'est pas récent ; il résulte d'une politique malthusienne de limitation des quotas d'admission dans les IFSI et d'une prise de conscience trop tardive du phénomène par les pouvoirs publics. Les INE n'ont pas, comme les médecins, la possibilité d'entrer par la petite porte grâce à des fonctions précaires d'"associés". Tout au plus, certains d'entre eux (citoyens européens, conjoints de citoyens européens et réfugiés) peuvent-ils exercer les fonctions d'aide-soignant⁽²⁷⁾, ce qui représente un sérieux déclassement.

Le CSP stipule que peuvent exercer la profession d'infirmier les personnes titulaires du diplôme d'État français (DEI), du diplôme de la principauté d'Andorre, de celui de la Confédération suisse ou d'un diplôme communautaire – sous réserve alors d'être citoyen européen.

Pour les INE, il n'existe aucune possibilité dérogatoire comparable à la PAE ; ils sont donc dans l'obligation de passer le DEI et, pour ce faire, d'entrer dans un IFSI. Ils doivent être reçus au concours d'entrée, mais ne sont admis que dans la limite

d'un quota, qui représente au mieux 2 % du quota d'étudiants de première année attribué à cet institut.

Ils bénéficient toutefois de deux dispositions qui tiennent compte des études effectuées à l'étranger. Pour l'admission en IFSI, ils passent un concours spécial : l'épreuve écrite est allégée et l'oral comporte une épreuve de mise en situation – étude d'un cas clinique et réalisation de deux actes de soins sur mannequin. Une fois admis, ils peuvent être dispensés d'une année de scolarité (le plus souvent), voire deux.

Après un succès au DEI, l'exercice de la profession est possible, comme salarié ou en libéral, sans aucune différence par rapport aux infirmiers ayant obtenu le diplôme après une scolarité complète. Rappelons en effet qu'il n'y a pas, ici, de condition de nationalité.

Conclusion

Ce survol de la situation des professionnels de santé à diplôme non communautaire et/ou non citoyens de l'UE illustre plusieurs grands problèmes concernant la gestion des professions de santé en France : les déficits en professionnels de santé autochtones, titulaires d'un diplôme européen ; le bien-fondé de la réglementation actuelle de ces professions ; les raisons de la venue en France, en grand nombre, de professionnels non européens (par la nationalité ou par le diplôme) ; l'accueil qui doit être fait à ces personnes, compte tenu de l'aspect économique et de l'aspect éthique pas toujours en harmonie l'un avec l'autre, comme c'est le cas en particulier avec le phénomène de pillage des cerveaux.

C'est en envisageant clairement et objectivement ces problématiques qu'une attitude raisonnable, non passionnelle, pourra être dégagée vis-à-vis de ces professionnels. Dès à présent, il est permis d'espérer que la condition de nationalité sera abolie là où elle est encore en vigueur. La correction du déficit présent ou futur passe, par ailleurs, par l'augmentation du *numerus clausus* des études médicales, ainsi que des quotas dans les instituts de formation des paramédicaux.

Si la loi HPST a apporté quelques améliorations encourageantes à la PAE, celles-ci restent encore bien limitées. Des modifications plus ambitieuses devraient être envisagées : élargissement, voire suppression des quotas ; critères de sélection faisant appel autant aux compétences pratiques qu'aux connaissances livresques. Elles devraient s'accompagner d'actions d'information et de formation adaptées – actuellement essentiellement assurées par le milieu associatif, en premier lieu au bénéfice de ceux, parmi ces professionnels, venus en France pour y chercher protection. ■

Notes

- 1.** L'Espace économique européen (EEE) comprend les 27 États membres de l'Union européenne (UE), l'Islande, le Lichtenstein et la Norvège.
Dans le présent article seront englobés sous les termes de "communautaire", "européen" ou le sigle UE non seulement l'Union européenne des 27 États membres, mais aussi les États faisant partie de l'EEE et Andorre.
- 2.** C'est pour aider cette population spécifique que l'association d'Accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France (APSR) a été créée en 1973, www.apsr.asso.fr.
- 3.** Non promulguée à la date à laquelle le présent texte est rédigé.
- 4.** Dans les travaux sur le sujet, on trouve des dénominations très variées ; surtout, la même dénomination recouvre parfois des réalités différentes (médecins étrangers ou médecins à diplômés étrangers). C'est pourquoi nous préférons utiliser une expression différente et son sigle.
- 5.** Gérard Noiriel, "Professions de santé, professions protégées : un historique", in *Migrations société*, Vol. 16, n° 95, 2004.
- 6.** Ralph Schor, *L'opinion française et les étrangers 1919-1939*, Publications de la Sorbonne, 1985 ; Bruno Halouia, *Blouses blanches, étoiles jaunes*, Paris, Liana Lévi, 2002.
- 7.** Julien-Laferrière François, "L'accès des réfugiés et demandeurs d'asile aux professions de santé en France", in *Migrations société*, vol. 16, n° 95, 2004.
- 8.** Yves Lochard, Christèle Meilland, Mouna Viprey, "La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle", *Revue de l'IRE*, n° 53, 2007.
- 9.** Cette mesure s'applique également aux sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes et aux pharmaciens.
- 10.** Observatoire national de la démographie des professions de santé, ONDPS, *Rapport annuel 2004*, La Documentation française, 2004.
- 11.** Yvon Berland, *Démographie médicale hospitalière*, rapport au ministre de la Santé et des Solidarités, La Documentation française, 2006 ; Organisation de coopération et de développement économiques, *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France*, n°36, OCDE, 2008.
- 12.** Hervé Le Bras, "Mascarade des migrations : nouvelles forme, nouveaux enjeux" in *Migrations société*, vol. 21, n° 121, 2009.
- 13.** Organisation mondiale de la Santé, *Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde*, OMS, 2006.
- 14.** Oxfam France – Agir Ici, *Immigration : qui choisit ?*, campagne n° 79, 2007.
- 15.** Décret n° 81-291 du 30 mars 1981 ; décret n° 87-788 du 28 septembre 1987.
- 16.** Dans une délibération du 27 février 2006, la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) estimait que ces praticiens "assurent au sein des hôpitaux publics les mêmes fonctions et responsabilités que les médecins ayant un diplôme communautaire. Ils sont cependant empêchés [...] d'être inscrits à l'Ordre des médecins et, de ce fait [...], soumis à des statuts contractuels et placés, en principe, sous la responsabilité d'un médecin. Cette absence théorique de responsabilité est prise comme argument pour une minoration de rémunération, allant jusqu'à 50% par rapport à celle des médecins diplômés au sein de l'Union européenne". HALDE, délibération n° 2005-56 du 27 février 2006.
- 17.** première embauche comme médecin dans un hôpital public en France.
- 18.** La nouvelle réglementation relative au diplôme d'État d'infirmier (arrêté du 29 mai 2009 en attente de publication) ne semble pas devoir apporter de modification notable à la réglementation en vigueur à la date de la rédaction du présent article, et sur laquelle nous nous sommes basés.
- 19.** Association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France, "Actes du colloque 'Professions de santé et emplois protégés'", in *Migrations société*, vol. 16, n° 95, 2004, p.47
- 20.** Emmenées par la Ligue des droits de l'homme, et parmi lesquelles étaient notamment représentés l'APSR, la Cimade, le Gisti et Médecins du Monde.
- 21.** Et, dans des conditions définies, entre le 26 décembre 2004 et le 26 décembre 2006.
- 22.** En outre, les médecins qui ont été reçus aux épreuves de contrôle des connaissances de la loi de 1972 peuvent, sous certaines conditions, être regardés comme ayant satisfait aux épreuves de vérification des connaissances.
- 23.** La nouvelle procédure mise en place par la loi CMU de 1999 n'est entrée en vigueur qu'en 2004.
- 24.** *Migrations société*, vol. 16, n° 95, 2004, *op. cit.*
- 25.** D'une part, les praticiens adjoints contractuels (PAC) créés en 1995, ont pu, à partir de 1999, obtenir l'autorisation de plein exercice s'ils avaient exercé dans les hôpitaux au moins six ans ; d'autre part, les personnes ayant échoué soit aux épreuves de vérification des connaissances de la loi de 1972 soit aux épreuves de PAC, mais ayant exercé des fonctions hospitalières depuis au moins dix ans, ont pu soumettre leur dossier à une commission de recours, créée pour l'occasion.
- 26.** Ou, pour certaines professions, d'un BTS ou d'un DUT.
- 27.** Cette possibilité avait pendant longtemps été offerte, dans la pratique, à tous les INE. Mais la circulaire du 15 mai 2007 en a limité les bénéficiaires, malgré les besoins.