HAL
open science

Quand les migrations internationales croisent les questions de santé

Victoire Cottereau, Anne-Cécile Hoyez

To cite this version:

Victoire Cottereau, Anne-Cécile Hoyez. Quand les migrations internationales croisent les questions de santé. La géographie de la santé en France en 2011: quelles formations, quelles applications?, Dec 2011, Paris, France. pp.362-378. halshs-00758941

HAL Id: halshs-00758941

https://shs.hal.science/halshs-00758941

Submitted on 29 Nov 2012

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.

Quand les migrations internationales croisent les questions de santé[1].

Cottereau Victoire[2], Hoyez Anne-Cécile[3].

Résumé :
Cette contribution vise à présenter les travaux menés à Migrinter, à la croisée entre migrations internationales et santé. Ces travaux analysent les enjeux entre ces deux grands domaines aussi bien du point de vue des populations migrantes, des professionnels de la santé et du social (et leurs institutions de rattachement) et du secteur associatif, que du point de vue des politiques publiques (et en particulier des politiques migratoires et des politiques de santé), des contextes locaux, de la connaissance du système de santé biomédical et d'autres grands systèmes de représentations de la santé. En illustration, l'article revient sur les premiers résultats de recherche d'une thèse menée au laboratoire sur les parcours migratoires et parcours professionnels des praticiens à diplôme hors union Européenne (les PADHUE). Cette thèse interroge la présence d'élites migrantes (les médecins) dans les établissements hospitaliers français, et nous plonge au cœur des questions de démographie médicale et de parcours migratoires individuels.
Mots-Clés : Santé, accès aux soins, migrations internationales, expérience migratoire.
Abstract :
This contribution aims at presenting the collective work undertaken in Migrinter, at the crossroads between international migrations and health. Collectively, we analyse the link between these two broad domains from the point of view of migrant populations, health and social workers (and their institutions) and the voluntary sector, as well as in the light of public policies (migratory and health policies), local contexts, global knowledge of healthcare system and other systems of health representation. As an example, this article comes back on the first results of a doctoral research analysing the migratory and professional paths of practitioners with a non-EU diploma. This thesis questions the presence of migrant elites (medical doctors) in French hospitals, and informs us on medical demography and individual migratory paths.
Key-words: health, access to healthcare, international migrations, migratory experience.

Propos liminaires: du parcours migratoire aux expériences et pratiques de santé

Anne-Cécile Hoyez

Le laboratoire Migrinter (UMR CNRS 7103/Université de Poitiers), créé en 1985 par un géographe (Gildas Simon) s'est progressivement ouvert à des sociologues, anthropologues, démographes, historiens, politologues et juristes. Tous s'attachent à observer, comprendre et analyser les dynamiques spatiales et sociales des migrations internationales. Le corpus des connaissances produites par cette unité de recherche est constitué de travaux phares sur les dynamiques migratoires, leur fonctionnement et leurs implications tant dans les pays d'origine que dans les pays d'accueil (Simon 2006; Simon 2008; Ma Mung 2002; Guillon et al. 2003). Ce savoir pluridisciplinaire touche à des dimensions sociales précises (éducation, travail, organisation sociale, relations interethniques) et/ou à des espaces particuliers (monde africain, indien, latino-américain, méditerranéen).

Le laboratoire s'est donné comme nouvel objectif d'inscrire les questions de santé, jusque là marginales, dans ses activités. Le champ de la santé et des migrations connaît des ancrages forts en sciences sociales, et notre objectif est d'y apporter un éclairage complémentaire. En France, le champ est balisé d'une part par les travaux des économistes de la santé et des épidémiologistes (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2012; Dourgnon et al. 2008; Dourgnon et al. 2009; Jusot et al. 2008;

---

[1] Cet article a été publié dans un numéro spécial du Bulletin de l'Association des Géographes Français paru en juin 2012. Nous le déposons ici dans sa forme initiale, qui n'a pas été suivie par les éditeurs du BAFG, c'est-à-dire en incluant les contributions des deux auteures et les cartes.

[2] Doctorante, Migrinter/Université de Poitiers. Bât. A5. Rue Théodore Lefebvre. 86000 Poitiers. victoire.cottereau@univ-poitiers.fr
[3] Chargée de Recherche au CNRS, ESO/Université Rennes 2. Place du Recteur Henri Le Moal. 35000 Rennes. anne.cecile.hoyez@univ-poitiers.fr

Jusot et al. 2009) qui s'accordent pour rappeler à quel point les inégalités dans l'état de santé et dans l'accès aux soins sont marquées entre migrants et non-migrants, et d'autre part par les anthropologues et les sociologues qui nous éclairent sur la place des processus complexes, politiques, sociaux et culturels, qui jouent sur les modalités de l'accès aux soins et sur l'état de santé des personnes migrantes, que ce soit en Europe (Bennegadi, Bourdillon, 1990 ; Mechali, 1990 ; Carde 2006; Carde 2007; Cognet et al. 2009; Cognet & Montgomery 2007; Fassin 1998; Fassin 1999; Fassin 2000; Fassin 2001a, 2001b) ou que ce soit dans les pays du Sud (Ebin, 1990 ; Moreau et al., 1999 ; Faye et al. 2010 ; Bonnet, 2003 ; 2005 ; Biadi-Imhof, 2006 ; Faye, 2006). Tous ces travaux, complémentaires, rappellent constamment l'ampleur des enjeux et de la complexité des domaines qui entrent en jeu : nous sommes là confrontés à des réflexions de fond sur la santé (ses définitions, ses déterminants) et sur les migrations (leurs dynamiques sociales, démographiques et spatiales) qui portent à réinterroger l'usage que nous faisons de catégories sociopolitiques et à rester critique vis-à-vis de notions parfois délicates (la culture, l'altérité) (Bonnet, 2000 ; Vidal, 2004).

Dès lors, interroger le champ de la santé et des migrations internationales à la faveur d'une approche sociale et spatiale s'avère constituer un projet mobilisateur. En effet, si l'objectif est de comprendre et de connaître les enjeux et la portée des liens entre santé et migrations pour les populations migrantes, les professionnels de la santé et du social (et leurs institutions de rattachement) et le secteur associatif, le cadre de travail est imposant : il conduit à porter une attention toute particulière aux définitions, aux représentations et aux pratiques de la santé, de la maladie, du soin, de la guérison, qu'il faut alors relier aux dynamiques socio-spatiales des migrations internationales, au Nord comme au Sud. La pluridisciplinarité prend ici tout son sens.

Les objectifs principaux guidant nos projets et thématiques s'inscrivent dans la volonté d'expliquer, par l'entrée socioanthropologique et spatiale, les données sur la santé et l'accès aux soins des migrants. En effet, l'ensemble des travaux convergent pour effectuer les constats suivants : (1) il y a persistance des inégalités de santé et d'accès aux soins entre migrants et non-migrants, et entre groupes de migrants, et l'analyse des déterminants socioéconomiques n'explique pas toutes ces différences ; (2) il existe des logiques propres aux migrants dans le domaine de la santé que l'argument culturel seul ne permet d'expliquer et qu'il faut analyser à la lumière du cadre imposé par les politiques publiques. Aussi, en ce sens, nous considérons qu'il convient de s'interroger sur l'importance d'autres facteurs tels que les politiques publiques (et en particulier les politiques migratoires et les politiques de santé), les contextes locaux, les modalités de l'accès aux soins dans ces contextes, la connaissance et le fonctionnement du système de santé biomédical et d'autres grands systèmes de représentations de la santé et du soin.

Ces positionnements entrent en résonnance avec les axes de recherche du laboratoire. Ils s'articulent au sein du projet collectif, en concordance avec les travaux des autres membres de l'équipe sur les politiques des migrations (axe 1), sur les mobilités dans les espaces urbains (axe 4), et sur les expériences en migration (axe 3).

Dès lors, les travaux de l'équipe Migrinter se situent à la croisée entre expérience migratoire et accès aux soins, du point de vue du fonctionnement des structures de soins, des logiques de recours aux soins des populations ou des logiques de professionnels de la santé et du social migrants, à différentes échelles et dans ou entre différents pays. Anne-Cécile Hoyez, interroge les facteurs déterminant l'accès aux soins pour les populations migrantes les plus précaires à l'échelle locale (Hoyez 2011; Curtis & Hoyez 2012) et mène une réflexion sur les inégalités sociales et spatiales de santé en milieu urbain. En parallèle, et dans la continuité de ses recherches précédentes (Hoyez 2012b), elle se penche sur les dynamiques sociales et spatiales des pratiques et des savoirs de santé originaires d'Inde et transplantées à Paris, articulant logiques de recours à des soins dits « alternatifs » ou « complémentaires » et globalisation (Hoyez 2012a). Les enjeux liés à la santé globale et aux inégalités de santé à l'échelle internationale sont abordés, avec le doctorat en cours de Claire Boulanger, qui étudie les pratiques transnationales des Maliens de France vis-à-vis de la santé de leur famille et compatriotes restés au Mali[4]. D'une autre façon, articulant analyses sur le secteur du *care* et

[4] http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708569

les expériences en migration, Colette Lepetitcorps s'intéresse aux expériences de femmes migrantes qui adressent des soins au domicile de personnes en besoin, dans le secteur des services à la personne en France (métiers d'aide à domicile et employées de maison)[5]. Une partie de son travail de thèse interroge les rapports de l'intimité des corps dans ces services, et nous éclaire sur cette dimension trop peu traitée de l'expérience migratoire des femmes employées dans ce secteur. Liant anthropologie de la santé et de la ville, la recherche doctorale de Marine Bertrand s'attache à étudier les stratégies de santé et les recours à différents systèmes d'attention de personnes migrantes à Santiago du Chili, afin de mettre au jour les lieux significatifs de santé de ces personnes au sein de la métropole. Enfin, dans le cadre du projet ANR MIPRIMO[6] (« La migration prise aux mots »), Véronique Petit s'attache à l'analyse du lien entre migrations, mobilité et santé mentale au Sénégal. Cette recherche conduite au sein d'une équipe pluridisciplinaire s'attache à saisir la place de la santé mentale dans les pratiques et les représentations des différentes instances sociales au Sénégal, quelles sont les logiques socio-anthropologiques, économiques et thérapeutiques qui conduisent les émigrés sénégalais, leurs familles, des immigrés africains au Sénégal à recourir aux unités de psychiatrie dans le pays. Que dit la santé mentale des liens intrafamiliaux et du processus d'individualisation dans cette société fortement marquée par la migration ?

Afin d'illustrer comment peuvent se croiser les travaux sur les migrations internationales et la santé, nous proposons ici de présenter les premiers résultats de la thèse de géographie qui est menée depuis 2009 par Victoire Cottereau. Dans son travail, elle décrypte la présence d'élites migrantes (les médecins) dans les établissements hospitaliers français, et nous plonge au cœur des questions de démographie médicale et des parcours migratoires individuels. La présence de praticiens à diplôme hors-Union Européenne (aussi connus sous leur acronyme : les PADHUE) interroge à double titre : si, d'un côté, leur présence vient vraisemblablement combler des déficits de main d'œuvre dans les services de certains établissements hospitaliers publics, elle révèle, d'un autre côté, des parcours migratoires propres à une catégorie de professionnels encore peu étudiée. Le travail proposé par Victoire Cottereau s'inscrit donc à la croisée entre des observations sur la démographie médicale (répartition des médecins, par hôpital, par spécialité, par pays d'obtention de diplômes), l'analyse des dynamiques du système français de santé publique (les logiques de gestion des personnels dans les hôpitaux français), les questionnements sur les logiques spatiales qui en découlent (jeux d'échelles, mobilités des praticiens). Mais en plus, cette thèse a pour originalité d'éclairer sous un nouveau jour ces dynamiques : elle se positionne aussi du côté des personnes, leurs parcours migratoires, leurs parcours professionnels, leurs logiques, les stratégies (de contournement, d'adaptation) qu'elles ont mis en œuvre sur le temps long. Autrement dit, cette thèse invite à observer et analyser les PADHUE comme des acteurs, effectuant des choix raisonnés, dans un contexte professionnel et migratoire bien particulier.

Du parcours migratoire des professionnels de santé : une analyse de la présence des PADHUE en France

Victoire Cottereau

1. Eléments de contexte

1.1. Les médecins à diplôme étranger et le système de santé français

Depuis les années 1980, les travaux sur l'évolution de la démographie médicale française soulignent des disparités territoriales dans la répartition des personnels médicaux à l'échelle nationale. Aujourd'hui, la France fait partie des nombreux pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) confrontés aux paradoxes d'un pays au nombre satisfaisant de médecins, selon les critères de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), mais devant faire face à

[5] http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00662054
[6] http://miprimo.hypotheses.org

des phénomènes régionaux ou locaux de « pénurie » médicale, en particulier en milieu rural. Ces déséquilibres, provenant en partie du non remplacement des médecins dans les hôpitaux de campagne ou dits « périphériques » et des stratégies d'évitement de certaines zones rurales par les jeunes médecins, ont ainsi créé une possibilité pour les praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE) de venir travailler en France[7]. Ainsi, ces médecins sont souvent considérés comme pouvant pallier à des déficits problématiques à la fois pour les structures hospitalières et pour les collectivités territoriales.

En 2008, un des syndicats représentant les médecins diplômés hors Union Européenne a estimé à environ 17 000 le nombre de PADHUE exerçant en France (FPS : 2008). Ce nombre est approximatif car ces médecins, dont le diplôme de médecine n'est pas directement reconnu en France, ne peuvent pas s'inscrire au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins. Par conséquent, ils ne peuvent être connus que par l'intermédiaire des registres des ressources humaines des établissements hospitaliers qui les emploient. En effet, l'exercice de la médecine leur est tout de même possible dans le cadre d'une législation spécifique qui subordonne leur pratique à de nombreuses conditions comme l'obligation de travailler dans le domaine public, avec des statuts particuliers et sous la responsabilité d'un chef de service. Toutefois, ils ont la possibilité de passer des examens ou des concours afin d'obtenir la plénitude d'exercice, étape indispensable pour prétendre travailler sous les mêmes statuts et dans les mêmes conditions d'exercice que leurs confrères diplômés en France.

La législation à l'égard de ces médecins a la particularité d'être mouvante et évolutive, interdisant parfois aux hôpitaux le recrutement de ces praticiens diplômés hors Union Européenne, mais laissant toujours des failles dans lesquelles se positionnent les établissements hospitaliers pour les employer et maintenir des effectifs suffisants pour le bon fonctionnement de leurs services. Ainsi, les possibilités d'emploi des PADHUE évoluent au rythme de cette législation. De manière générale, ces praticiens mettent de nombreuses années à obtenir la reconnaissance de leur diplôme. Ce constat illustre les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour pouvoir intégrer le corps médical français.

L'arrivée constante de ces médecins, venus grossir progressivement les effectifs des hôpitaux délaissés par les praticiens à diplôme français, et alimenter, au sein de ces structures, les effectifs des spécialités les moins attractives, souligne la place et le rôle originaux et inédits de ces praticiens dans le fonctionnement du système de santé français.

Les PADHUE et ce contexte spécifique du système de santé français sont aujourd'hui le sujet d'une recherche doctorale en cours de réalisation. Cette étude, mêlant le domaine des migrations internationales et le domaine de la géographie de la santé, aborde cette question par l'approche des parcours et projets migratoires des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes[8].

La méthodologie de cette recherche est découpée en deux grands pans (l'un quantitatif qui s'est déroulé en 2011 et l'autre qualitatif qui sera réalisé en 2012). Le volet quantitatif visa à recueillir de nombreuses données sur les praticiens en exercice dans les hôpitaux de la région Poitou-Charentes Le volet qualitatif vise à effectuer des entretiens auprès des PADHUE et du personnel administratif (affaires médicales) des structures hospitalières publiques de la région Poitou-Charentes.

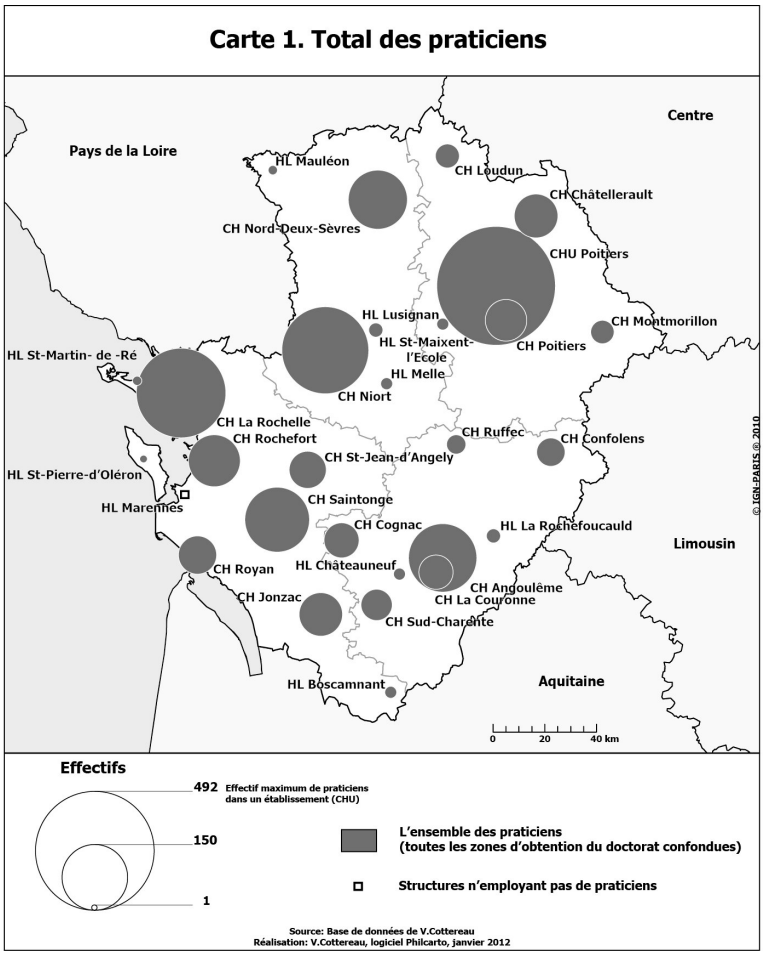
---

[7] Notons bien que ce n'est pas l'origine nationale de la personne qui détermine son appartenance à la catégorie « PADHUE » mais l'origine de son diplôme de médecine. Un PADHUE peut avoir la nationalité française (de naissance comme d'acquisition).

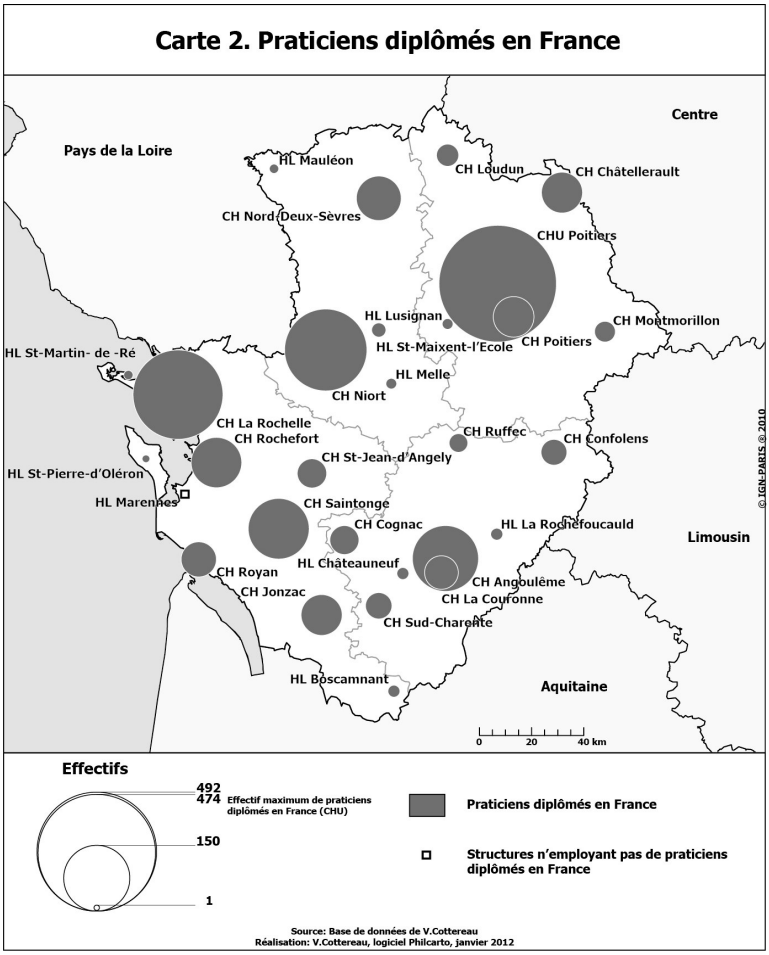
[8] Cette recherche doctorale est intitulée « Les praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE) en France : les parcours et projets migratoires de ces médecins en région Poitou-Charentes ». Elle est financée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Elle est effectuée, au sein du laboratoire MIGRINTER (UMR CNRS 7301) et du département de géographie de l'Université de Poitiers, par Victoire Cottereau sous la direction d'Emmanuel Ma-Mung et d'Anne-Cécile Hoyez.

1.2. Etat des lieux des praticiens en région Poitou-Charentes

Les données recueillies auprès de l'ensemble des structures hospitalières ont permis de recenser 2089 praticiens en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011. Parmi ces praticiens, 59.6% sont des hommes et 40.4% sont des femmes. Au sein de l'ensemble de ces médecins, 91.2% sont diplômés en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne et 8.8% sont diplômés hors Union Européenne.



Sur la carte n°1 est représenté l'ensemble des praticiens qui exercent dans les hôpitaux publics de la région. Sur les cartes suivantes sont distingués les praticiens diplômés en France (carte n°2), ceux diplômés en UE- hors France (carte n°3) et ceux diplômés hors UE (carte n°4).



Ces cartes indiquent tout d'abord que les médecins diplômés en France sont nettement majoritaires dans la région (88.9%). Mais elles mettent aussi en avant le fait que plus d'un médecin sur dix a obtenu son titre de docteur en médecine dans un autre pays que la France. Seuls six hôpitaux locaux[9] aux effectifs limités ou inexistants n'emploient pas de praticiens diplômés à l'étranger. Ce constat indique que la région Poitou-Charentes est à l'image de la situation française en matière de démographie médicale : les centres hospitaliers de la région rencontrent des problèmes de recrutement, et ce pour les mêmes raisons qu'au niveau national (voir encadré).

Encadré 1. Les principaux problèmes de la démographie médicale française .

-**Une stagnation du nombre des médecins actifs et une forte augmentation des médecins retraités.** Actuellement, on observe un vieillissement du corps médical français. Selon les projections effectuées par l'ONDPS (2004), l'âge moyen sera de 50.6 ans en 2015 alors qu'il était de 47.5 ans en 2008.

-**Une féminisation des médecins et une évolution du temps de présence au travail**. Chez les médecins, le phénomène de féminisation est très net. En 2005, les femmes représentent 38 % d'entre eux contre 26% en 1986 (Billaut, Breuil-Genier, Collet, Sicart : 2006). Or, les médecins femmes sont souvent demandeuses d'emplois à temps partiel, ce qui a pour conséquence la création de nouveaux postes dans les hôpitaux. De plus, en 2000, la mise en place l'ARTT[10] a entraîné une diminution de la quantité de travail.

-**Un changement de la représentation du métier des jeunes médecins**. De manière générale, les jeunes générations de médecins ne conçoivent plus d'une manière aussi prégnante que leurs aînés

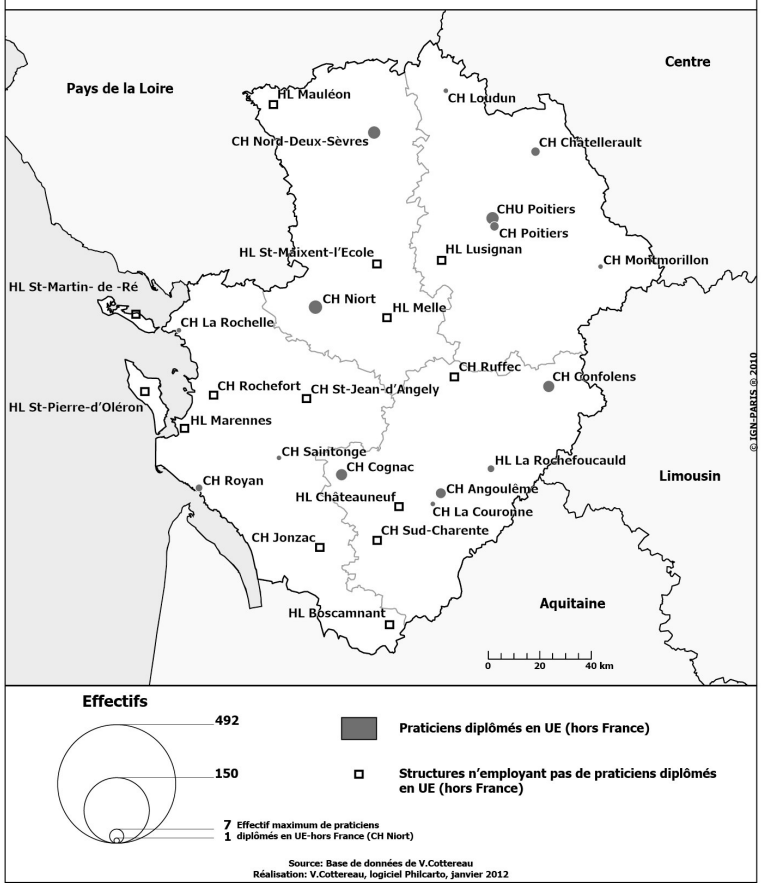
[9] Le CH de Boscamnant est à mettre à part car il possède une direction commune avec le CH de Jonzac.
[10] Aménagement et réduction du temps de travail.

leur travail comme un « sacerdoce », pour lequel ils seraient disponibles de manière permanente, se dévoueraient de manière inconditionnelle à leurs patients, quitte à sacrifier leur vie personnelle et familiale. Les jeunes médecins souhaitent une pratique plus collective et plus technicienne de leur activité que leurs aînés, tout en ayant une amplitude horaire et une charge de travail moins élevées (Descours : 2003).

-**Une densité médicale hospitalière déséquilibrée entre les territoires**. Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, ne sont pas égaux en termes de démographie médicale, en fonction de leur localisation sur le territoire français. Les régions les plus favorisées sont Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France (Berland : 2005).

En définitive, entre les difficultés de recrutement et l'obligation de faire fonctionner les services, les hôpitaux ont donc fait le choix de se tourner vers les médecins à diplôme étranger. L'observation des cartes n°3 et 4 montre que les PADHUE (8.8%) sont beaucoup plus nombreux à exercer dans les hôpitaux de la région que les médecins diplômés en UE-hors France (2.3%). A ce stade, il est important de préciser que l'engouement des médias envers « l'invasion » des médecins roumains en France est à relativiser car, au 1er janvier 2009, le tableau du Conseil National de l'Ordre des Médecins recensait 1160 médecins roumains (dont 1063 qui exerçaient une activité régulière) contre environ 17 000 PADHUE selon la Fédération des Praticiens de Santé (2008). Au niveau régional, cet écart est également notable puisque les médecins roumains sont au nombre de 26 dans les hôpitaux publics contre 183 PADHUE.

Carte 3. Praticiens diplômés en UE (hors France)



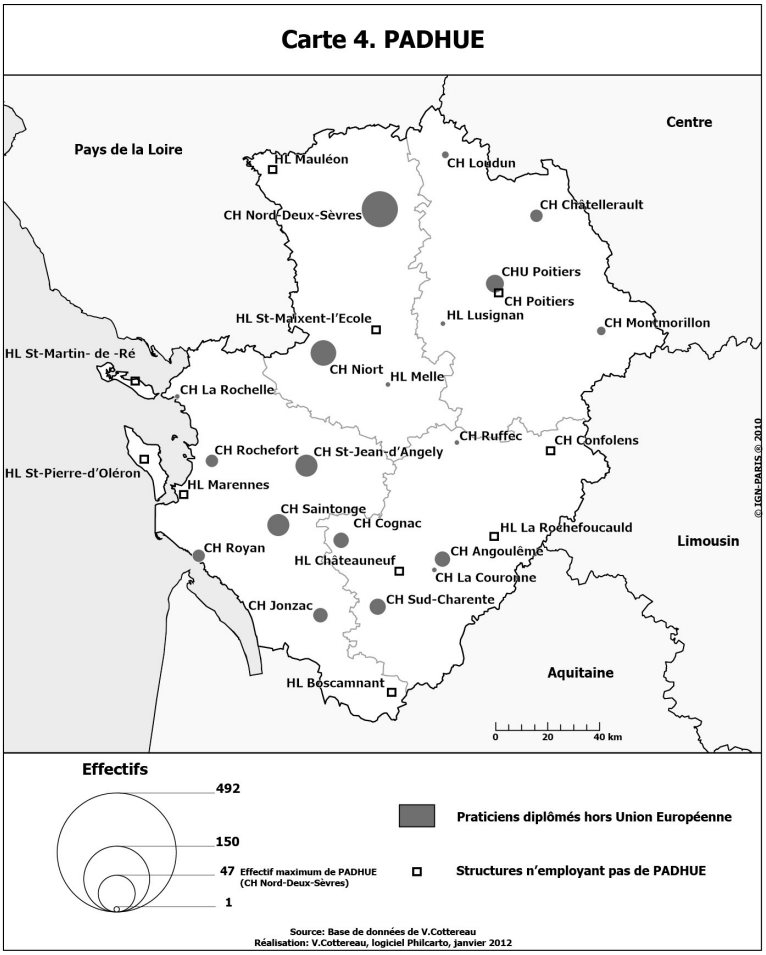


Tableau 1. Effectifs des praticiens dans les départements de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011

DEPARTEMENTS	Effectifs France et EU	% France et UE	Effectifs Hors UE	% Hors UE	Effectifs Totaux dans la région	% Totaux dans la région
VIENNE	639	96,4%	24	3,6%	663	31.7%
DEUX-SEVRES	329	82,0%	72	18,0%	401	19.2%
CHARENTE	304	91,0%	30	9,0%	334	16%
CHARENTE-MARITIME	634	91.8%	57	8.2%	691	33.1%
TOTAL	1906	91.2%	183	8.8%	2089	100,0%

Source : Base de données de V.COTTEREAU/ Réalisation V.COTTEREAU

Il est intéressant de constater que la répartition des PADHUE entre les départements et les structures est particulièrement hétérogène (cf. tableau 1). En effet, ceux-ci représentent des pourcentages très faibles au sein de certaines structures (2.4% des praticiens du CHU de Poitiers) mais ils sont très importants dans d'autres (38.3% des praticiens du CH de Saint-Jean-D'angély). Cette observation pointe du doigt le particularisme de chaque structure et permet de prendre du recul avec une certaine généralisation des problèmes de recrutement aux seuls petits hôpitaux « périphériques ». De nombreux facteurs (les choix effectués par les PADHUE, les différentes politiques de recrutement des hôpitaux, la localisation des structures vis-à-vis du CHU ou d'autres grandes structures très attractives pour les praticiens, la taille et l'équipement des plateaux techniques, la réputation des établissements, etc.) sont

à prendre en considération pour comprendre et analyser la place des PADHUE au sein des équipes hospitalières.

Au-delà d'un état des lieux régional, les données recueillies auprès des structures soulèvent une nécessité d'orienter la suite de cette recherche à une échelle départementale et individuelle de chaque établissement afin de pouvoir saisir au mieux les spécificités des départements et les particularités de chaque structure hospitalière.

2. Caractéristiques des PADHUE en région Poitou-Charentes

2.1. Les pays d'obtention du doctorat de médecine

Les informations récupérées auprès des hôpitaux publics ont permis de recenser 183 PADHUE (157 hommes et 26 femmes) en exercice au 1er janvier 2011 dans la région et d'obtenir de nombreux renseignements sur ces mêmes médecins (année et pays de naissance, statut, service d'affectation, spécialité, etc.)

Les PADHUE qui exercent dans les établissements hospitaliers publics de la région Poitou-Charentes ont obtenu leur doctorat de médecine dans vingt-cinq pays différents (contre vingt-sept pays de naissance). Celui-ci a majoritairement été validé dans deux pays du Maghreb : l'Algérie fournit 29% des PADHUE et le Maroc 23.5%. Derrière ces deux pays arrivent la Syrie (11.5%), Madagascar (9.8%), le Liban (2.7%), la Tunisie (2.7%), la Russie (2.2%) et l'Ukraine (2.2%). Les dix-sept autres pays, dans lesquels ces médecins ont effectué leurs études de médecine, représentent chacun moins de 2% des PADHUE.

Tableau 2. Effectifs et pourcentages par lieux d'obtention du doctorat des PADHUE au 1er janvier 2011

LIEUX D'OBTENTION DU DOCTORAT	Effectifs de PADHUE	Pourcentages
AFRIQUE DU NORD (Maghreb + Egypte)	104	56,8%
AFRIQUE NOIRE	33	18,0%
MOYEN-ORIENT	30	16,4%
ASIE	3	1,6%
EUROPE (incluant Russie)	9	4,9%
AMERIQUE DU SUD	3	1,6%
DONNEE MANQUANTE	1	0,5%
TOTAL	183	100,0%

Source : Base de données de V.COTTEREAU/ Réalisation V.COTTEREAU

Sur le tableau 2, sont représentées les grandes régions du monde dans lesquelles les PADHUE ont obtenu leur doctorat de médecine. Si l'on constate l'absence de praticiens ayant suivi leurs études en Amérique du Nord et en Océanie, on note que les PADHUE dont les pays d'obtention du doctorat se situent en Afrique sont nettement majoritaires 74.8% (dont 56.8% des médecins diplômés en Afrique du Nord et 18% diplômés en Afrique Noire). Les praticiens qui ont obtenu leur titre de docteur au Moyen-Orient représentent 16.4% des PADHUE, notamment grâce à la Syrie d'où sont issus 21 médecins. Enfin, 4.9% de ces médecins ont effectué leur cycle universitaire en Europe (incluant la Russie), 1.6% en Asie et 1.6% en Amérique Latine (seule la Colombie est représentée).

2.2. Les conditions statutaires des PADHUE

Les données sur les pays d'obtention de la spécialité[11] révèlent une toute autre situation. En effet, sur les 117 praticiens titulaires d'un diplôme de spécialité, 79.5% l'ont obtenu en France. Ce constat illustre le fait que les anciens diplômes de spécialisation[12] ouverts par la France à destination des PADHUE, qui avaient pour objectif de former et d'améliorer la qualité de leur formation puis de les favoriser à retourner dans leur pays, ont eu un autre effet. Ces diplômes ont attiré des PADHUE (majoritairement francophones) qui ont commencé à faire leur spécialité en France, puis qui se sont souvent vus offrir la possibilité de travailler dans les hôpitaux français, ceux où restaient des postes vacants. Dans un contexte où des hôpitaux qui se démenaient pour maintenir leur présence et, comme nous le reverrons en raisons de l'intervention d'évènements d'ordre privé, une partie d'entre eux est finalement restée[13], et ce bien que les diplômes de spécialisation français ne leur ouvrent pas le droit d'obtenir la plénitude d'exercice.

Ce constat amène à faire état de la situation statutaire des PADHUE travaillant en Poitou-Charentes. Les données indiquent que 52.5% ont le statut de praticien hospitalier (PH) et 7.7% exercent sous le statut de praticien contractuel (PC). À ces 60.2% des PADHUE qui possèdent obligatoirement le plein exercice de la médecine, il faut ajouter une partie de ceux qui exercent sous le statut de praticien attaché associé (PAA) qui sont titulaires d'un concours ou d'une procédure mais qui ne sont pas encore passés devant la commission d'autorisation d'exercice[14]. Alors que ces praticiens ne possèdent pas le plein exercice de la médecine, ils sont cependant autorisés à exercer dans les structures hospitalières publiques. Le croisement des données des procédures obtenues par les médecins et de leurs statuts actuels permet de savoir que sur les 53 PAA il y en a 29 qui ont obtenu une autorisation d'exercice (15.8%). Ainsi, le cumul des PH, des PC et des PAA lauréats d'une procédure d'autorisation d'exercice (PAE) indique qu'environ 76% des PADHUE qui exercent dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes possèdent soit le plein exercice de la médecine, soit une autorisation d'exercice. Même si ce pourcentage de praticiens autorisés à exercer est relativement important, on constate que 44 PADHUE n'avaient pas encore régularisé leur situation au 1er janvier 2011. Si ces médecins n'avaient pas obtenu une autorisation avant la fin de l'année 2011, la loi n° 2006-1640 prévoyait qu'ils ne pourraient plus exercer dans les hôpitaux français à partir du 31 décembre 2011. Mais, face au grand nombre de praticiens n'ayant pas encore obtenu la PAE à cette date, et dont les hôpitaux ne pouvaient se passer, une nouvelle loi (n° 2012-157), votée le 1er février 2012, autorise les médecins employés avant le 3 août 2010 à passer le concours et à exercer jusqu'au 31 décembre 2016. Comme au niveau national, les 44 PADHUE de la région Poitou-Charentes se sont vus accordés un délai de cinq ans pour valider la PAE, signe révélateur des problèmes de « pénurie » médicale existant actuellement en France.

---

[11] Par spécialité nous indiquons uniquement les médecins spécialistes c'est-à-dire ceux qui sont titulaires d'un DES (diplôme d'études spécialisées), d'un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) ou d'un DIS (diplôme interuniversitaire de spécialité). Ainsi, ne sont pas considérés comme spécialistes les médecins généralistes titulaires de DU (diplômes universitaires) ou de capacités.

[12] Il s'agit de l'AFS (attestation de formation spécialisée) et de l'AFSA (attestation de formation spécialisée approfondie). A la rentrée universitaire de 2010-2011, ces diplômes ont été remplacés par le DFMS (diplôme de formation médicale spécialisée) et le DFMSA (diplôme de formation médicale spécialisée approfondie). Ces diplômes sont plus encadrés que les AFS et AFSA afin d'éviter que des PADHUE restent en France à l'issue de leur formation.

[13] Les entretiens qui seront effectués auprès de PADHUE permettront de déterminer les facteurs qui les ont incités à venir faire leur spécialité en France mais également les raisons (difficulté à réintégrer le milieu médical du pays d'origine, mariage…) qui les ont poussées à rester en France.

[14] En cas de réussite aux épreuves (examen ou concours de la PAE), les médecins sont recrutés à des statuts d'« assistants associés » pendant trois années, au cours desquelles leurs compétences sont évaluées. A l'issue de cette période de trois ans, les praticiens déposent leur dossier devant la commission d'autorisation d'exercice propre à chaque spécialité, qui décide de l'octroi de l'autorisation.

2.3. Les PADHUE : variables d'ajustement de la main d'œuvre hospitalière ?

Ces médecins jouant visiblement un rôle d'ajustement du système hospitalier français, il semblait utile d'étudier les services d'affectation des PADHUE de la région Poitou-Charentes. Les données montrent qu'ils sont principalement concentrés dans quelques services. En effet, 58.5% d'entre eux travaillent dans seulement six services : 27.9% aux urgences, 13.1% en cardiologie, 5.5% en radiologie et imagerie médicale, 4.9% en gynécologie obstétrique, 4.9% en psychiatrie et 4.4% en anesthésie-réanimation.

Ce constat corrobore ce qui est constaté par ailleurs. En effet, une enquête d'Armelle Drexler (2008) a montré que les PADHUE sont souvent recrutés « par défaut », c'est-à-dire lorsque les établissements ne trouvent pas de candidats diplômés en France. Ceci invite à s'interroger sur l'idée que les PADHUE exerceraient le plus souvent dans des structures qui possèdent le plus grand nombre de postes vacants. Ainsi, en s'appuyant sur des données du CNG sur les PH au 1er janvier 2010, nous avons calculé que le taux de vacance de postes en France de tous les services confondus était de 24.7%. Les taux de vacance des six services dans lesquels les PADHUE de la région Poitou-Charentes sont les plus présents ont également été établis. Ces résultats montrent que trois services ont des taux de vacance beaucoup plus élevés que la moyenne de tous les services confondus puisque sont vacants 37.8% des postes en radiologie-imagerie médicale, 28.7% des postes en psychiatrie et 25.8% des postes en gynécologie obstétrique. Les trois autres services ont des taux de vacance proches de la moyenne de tous les services puisque sont vacants 23.3% des postes aux urgences, 24.5% des postes en cardiologie et 24.2% des postes en anesthésie-réanimation.

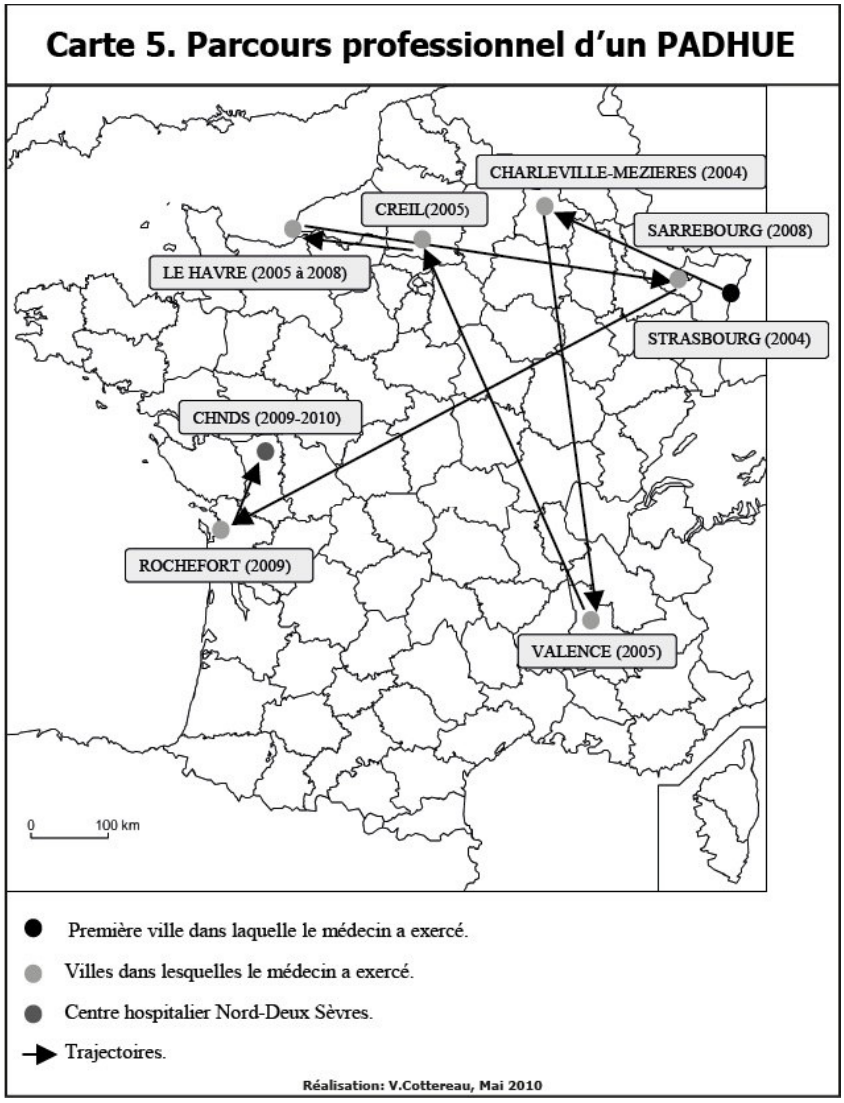
Enfin, ajoutons que les PADHUE sont les plus représentés dans les services d'urgences, à l'inverse de ce qui peut être observé à l'échelle nationale. Ces chiffres exposent qu'au-delà des grandes problématiques qui se retrouvent au niveau national, il existe des difficultés spécifiques à la région Poitou-Charentes.

3. Eléments pour la compréhension des parcours migratoires individuels.

Les données quantitatives collectées sur les PADHUE apportent de nombreuses informations sur leurs profils (âge, pays de naissance, etc.) et leurs places au sein des hôpitaux (services, statuts, etc.). Ces données manquaient pour comprendre les réalités de la situation à l'échelle de la région Poitou-Charentes. Elles révèlent des informations importantes sur les logiques de recrutement des établissements hospitaliers de la région et des dysfonctionnements qu'ils connaissent en matière de ressources humaines. Toutefois, ces données ne permettent pas d'expliquer les raisons et/ou motivations qui ont incité ces médecins à venir en France, ni même pourquoi ils exercent en Poitou-Charentes. Afin de dépasser ces constats faits à partir de la répartition de ces personnels de santé, nous avons tenu à mettre en lumière les parcours et les projets migratoires de ces praticiens.

Inspirée de méthodes élaborées par un groupe de recherche sur l'approche biographique (GRAB : 1999 et 2006), une technique d'entretien[15] a été mise au point afin de recueillir simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire), de l'enfance de l'individu jusqu'au moment de l'entretien. Ces entretiens permettent des analyses fines des parcours de vie de chaque médecin, des choix effectués pour raisons familiales jusqu'aux stratégies mises en place pour intégrer le corps médical français. Ces récits biographiques permettent d'éclairer sous un nouveau jour l'évolution de la démographie médicale française, car ils introduisent la question des facteurs individuels qui conduisent ces personnes à occuper ces postes. Ils permettent de se placer du point de vue des professionnels de la santé concernés et de révéler les logiques, les contraintes et les évènements qui entrent dans leurs parcours migratoires.

[15] Association d'un entretien semi-directif au remplissage d'une grille matricielle.



A titre d'exemple, la carte n° 5 représente le parcours d'un anesthésiste franco-Syrien[16] de son arrivée en France en 2004 jusqu'au moment de l'entretien. Le Dr T. a exercé dans huit structures hospitalières en six années (Strasbourg, Charleville-Mézières, Valence, Creil, Le Havre, Sarrebourg, Rochefort, Nord Deux-Sèvres) Deux raisons sont à l'origine de cette mobilité. Premièrement, le Dr T. n'a pas passé la PAE, très difficile à obtenir selon lui dans sa spécialité (anesthésie-réanimation) en raison du faible nombre de places ouvertes chaque année[17]. Cette situation l'a contraint de chercher des structures qui, en déficit d'anesthésiste, acceptaient de l'employer plus longtemps que prévu en tant que Faisant Fonction d'Interne (FFI)[18]. La stratégie de contournement de la législation lui a été nécessaire pour continuer à exercer en France en attendant d'obtenir le concours. Cette stratégie l'a conduit à être très mobile sur tout le territoire. La deuxième raison de la mobilité de ce médecin vient du fait qu'il ne dispose d'aucun réseau pour l'orienter ou le guider vers les hôpitaux les plus en déficit de personnel ou encore vers les régions qui exceptionnellement accordent des dérogations pour changer de statuts. En effet, la comparaison des parcours de médecins recueillis en 2010 nous avait permis de voir que ceux qui possédaient des contacts dans le milieu médical français avaient pu plus

[16] Entretien réalisé le 22 mars 2010 dans le cadre du Master 2 (Cottereau : 2010).

[17] A la cession de 2010, le CNG a ouvert dix places en Anesthésie- réanimation aux candidats de la liste A (PADHUE n'ayant pas eu de fonctions rémunérées dans un hôpital en France avant le 10 juin 2004) http://www.la-fps.fr/PAE_2010_liste_des_laureats.pdf

[18] Le statut de FFI est normalement le seul statut auquel un PADHUE, qui n a pas validé la PAE, peut exercer à la condition de préparer un diplôme (DFMS ou DMFSA). La durée du contrat d'un FFI est de six mois. Celui-ci est renouvelable dans une limite de deux ans.

facilement et rapidement intégrer le système de santé que les autres. Ce constat va nous amener à porter une attention particulière à la place et au(x) rôle(s) joués par les réseaux professionnels dans la construction des parcours des PADHUE.

Cet exemple révèle toute la complexité des parcours des PADHUE. En effet, ceux-ci se construisent et sont en permanence réorientés par l'articulation de nombreux facteurs d'ordre familiaux, professionnels, relationnels ou encore législatifs. Comme le soulignent Geneviève Cortes et Laurent Faret : « *Dans le domaine des conditions de mise en œuvre du mouvement, les choix opérés par les individus, les modes de mobilité mis en œuvre et les attentes qui les sous-tendent apparaissent comme les résultantes d'une large gamme d'éléments, où l'on retrouve à la fois le jeu d'opportunités et de contraintes qui caractérisent les environnements économiques et sociaux de la migration mais aussi la transformation des univers législatifs et politiques des pays dans lesquels ces mouvements prennent place* » (Cortes et Faret, 2009, p.7). Les entretiens, qui vont être réalisés dans les mois à venir, devraient permettre d'examiner les projets et parcours des médecins, d'analyser les similitudes et les particularismes de chacun d'entre eux tout en apportant de nombreux éléments sur les problèmes rencontrés par les hôpitaux français. En effet, les discours des PADHUE sur les différentes structures hospitalières dans lesquelles ils ont exercé comme sur le temps d'exercice dans chacune d'entre elles devraient amener des renseignements sur ces établissements en termes de politiques de recrutement et de gestion des problèmes des vacances de postes en fonction des spécialités.

Ainsi, les entretiens, qui seront réalisés avec les PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes, apporteront un matériau nouveau et original permettant une analyse minutieuse des parcours et projets migratoires de ces migrants hautement qualifiés.

Conclusion.

Les données collectées auprès des hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes ont offert la possibilité de présenter un état des lieux inédit des médecins en exercice dans ces établissements et de dresser un portrait précis des PADHUE présents dans cette région, avec le recensement inédit des pays dans lesquels ils ont obtenu leurs diplômes et de leurs situations statutaires. Parallèlement, cette étude permet de montrer l'existence d'un réel lien entre les impacts de l'évolution de la démographie médicale française et la présence de médecins diplômés à l'étranger. Cette recherche souligne le rôle d'ajustement et la place indispensable des PADHUE dans les hôpitaux publics, mais elle pose aussi comme objectif d'analyser les projets et parcours migratoires de ces médecins afin de pouvoir exposer leurs profils, leurs choix, leurs stratégies ou encore les opportunités qu'ils ont saisies. Cet angle d'approche permettra également d'étudier la place des territoires et des hôpitaux dans les parcours des PADHUE et d'apporter des éléments de compréhension aux politiques de recrutement et au fonctionnement des structures. Là où les rapports sur la démographie médicale ne font qu'énumérer les PADHUE comme une main d'œuvre complémentaire dans les hôpitaux, ce travail veut dépasser ce constat généraliste et impersonnel pour apporter une lecture des parcours et des projets de ce groupe d'élite migrante qui s'est bâti une place indispensable dans le système de santé français.

Références :

BENNEGADI Rachid et François BOURDILLON, La santé des travailleurs migrants en France : aspects médico-sociaux et anthropologiques. *Revue Européenne des Migrations internationales*, 1990, vol.6 n°6-3, pp.129-143.

BIADI-IMHOF Anne (dir.), La santé mentale dans le rapport Nord/Sud , *Tiers monde*, vol. XLVII, n°187, juillet-septembre 2006.

BONNET Doris, « Diagnostic prénatal de la drépanocytose et interruption médicale de grossesse chez les migrantes africaines », *Sciences sociales et santé*, 2005, vol.23, n°23-2 pp.49-65.

BONNET Doris, « Au delà du gêne et de la culture » in *Hommes et migrations*, Mai-juin 2000,n°1225, pp.23-38.

BONNET Doris (dir.), L'éthique médicale dans les pays en développement. *Autrepart*, n°28, 2003. Éditions de L'Aube/ IRD, 192 pages.

BERLAND Yvon, *Commission démographie médicale*, rapport du professeur Yvon Berland, 2005, document en ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf (Page consultée le 02 avril 2012)

BILLAUT Anne, BREUIL-GENIER Pascale, COLLET Marc et SICART Daniel, *Les évolutions démographiques des professions de santé,* Données sociales-La société française, édition 2006, document en ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zj.pdf (Page consultée le 02 avril 2012)

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, 2012. *Santé et recours aux soins des migrants en France*, Available at: http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012.

CARDE, E., 2006. « On ne laisse mourir personne ». Les discriminations dans l'accès aux soins. *Travailler*, 16, p.57–80.

CARDE, E., 2007. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*, 2, p.99–109.

CNG, 2010, *Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires- situation au 1er janvier 2010*, rapport du Centre national de gestions des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, document en ligne : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Statistiques_PH_JANV2010_.pdf (Page consultée le 02 avril 2012)

COGNET, M. & MONTGOMERY, C., 2007. *Ethique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux* Presses de l'Université Laval., Québec.

COGNET, M., GABARRO, C. & ADAM-VEZINA, E., 2009. Entre droit aux soins et qualité des soins. *Hommes et Migrations*, (1282). Available at: http://www.hommes-et-migrations.fr/index.php?/numeros/sante-et-droits-des-etranger-realites-et-enjeux/5725-entre-droit-aux-soins-et-qualite-des-soins [Consulté juin 7, 2011].

CORTES Geneviève et FARET Laurent, 2009, *Les circulations transnationales : lire les turbulences migratoires contemporaines,* Armand Colin, Paris.

COTTEREAU Victoire, 2010, *Les parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE), L'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres,* mémoire de Master 2 de géographie, Université de Poitiers.

CURTIS, S. & HOYEZ, A.-C., 2012. Public health and migration I. Ness, éd. *The Encyclopedia of global human migration*.

DOURGNON, P. et al., 2008. *La santé percçue des immigrés en France. Une exploitation de l'enquête décennale santé 2002-2003*, IRDES. Available at: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes133.pdf.

DOURGNON, P. et al., 2009. *Le recours aux soins de ville des immigrés en France*, Paris: IRDES.

DREXLER.A, 2008, *le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics,* Mémoire pour l'école des hautes études en santé publique, document en ligne : http://ressources.ensp.fr/memoires/2008/edh/drexler.pdf (Page consultée le 02 avril 2012)

EBIN Victoria. « Laissez venir à moi vos peuples, vos émigrants exténués… et je leur donnerai une boite de gélatine en poudre : étude d'un syndrome d'allure somatique parmi les émigrés sénégalais à New York », *Psychopathologie africaine*, 1990-1991, XXIII, 3, pp.365-385.

FASSIN, D., 1998. Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés? *Plein Droit*, 38, p.29–35.

FASSIN, D., 1999. Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. *Cahiers de l'URMIS*, 5, p.69–76.

FASSIN, D., 2000. Santé, le traitement de la différence. *Hommes et Migrations*, 1225, p.9.

FASSIN, D., 2001a. L'altérité de l'épidémie. Les politiques du SIDA à l'épreuve de l'immigration. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 17, p.139–151.

FASSIN, D., 2001b, Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida. In *L'Homme* 4-160, p. 137-162.

FAYE, S.L., DIENE, A.N. & DESCLAUX, A., 2010. Santé et mobilité au Nord et au Sud: circulations des acteurs, évolution des pratiques. *Revue de Sociologie, d'Anthropologie et de Psychologie*, 2. Available at: http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers11-06/010051423.pdf.

FAYE Papa Lamine, *Analyse d'aspects psychopathologiques de la migration chez les émigrés sénégalais. A propos de 14 cas colligés à la clinique psychiatrique Moussa Diop de Fann*. Thèse de médecine, 2006, Université Cheick Anta Diop, Dakar, 130p.

FEDERATION DES PRATICIENS DE SANTE, 2008, *Rapport PADHUE*, document en ligne : http://www.fems.net/France/Document%20FEMS/F08-044%20FR%20Rapport%20FPS%20-%20PADHUE.pdf (Page consultée le 02 avril 2012)

GROUPE DE REFLEXION SUR L'APPROCHE BIOGRAPHIQUE, 1999, *Biographies d'enquêtes : Bilan de 14 collectes biographiques,* PUF/DIFFUSION, Paris.

GROUPE DE REFLEXION SUR L'APPROCHE BIOGRAPHIQUE, 2006, *Etats flous et trajectoires complexes : Observation, modélisation, interprétation,* INED, Paris.

GUILLON, M. et al., 2003. *L'asile politique entre deux chaises: Droits de l'homme et gestion des flux migratoires*, Editions L'Harmattan.

HOYEZ, A.-C., 2011. L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *Cybergeo: European Journal of Geography*. Available at: http://cybergeo.revues.org/24796 [Consulté novembre 22, 2011].

HOYEZ, A.-C., 2012. « L'ayurveda c'est pour les français ». Interroger recours aux soins, systèmes de santé et expérience migratoire. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28(2).

JUSOT, F. et al., 2008. *Etat de santé des populations immigrées en France*, IRDES. Available at: http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopuImmigrFrance.pdf.

JUSOT, F. et al., 2009. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. *Revue économique*, 60(2), p.385.

LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaelle, 2009, *Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2009*, Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins, document en ligne : http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/atlas2009_0.pdf?download=1 (Page consultée le 02 avril 2012)

MA MUNG, 2002. *La diaspora chinoise. Géographie d'une migration* Ophrys.

MECHALI D., Pathologie des étrangers ou des migrants. Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique, in *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 1990, vol 6, n° 3, pp. 99-127.

MOREAU Sylvie, Cécile ROUSSEAU et Abdelwahed MEKKI-BERRADA, « Politiques d'immigration et santé mentale des réfugiés : profil et impact des séparations familiales ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 12, n° 1, 1999, p. 177-196

ONDPS, 2004, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité,* Tome 2 du rapport annuel 2004 de l'Observatoire Nationale de la Démographie des professions de Santé, document en ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//064000455/0000.pdf (Page consultée le 02 avril 2012)

SIMON, G., 2006. Migrations, la spatialisation du regard M. Guillon & E. Ma Mung, éd. *Revue européenne des migrations internationales*, 22(2), p.9–21.

SIMON, G., 2008. *La planète migratoire dans la mondialisation*, Armand Colin.

VIDAL Laurent (dir.), Les objets de la santé. *Autrepart*. 2004 n°29. Paris, édition Armand Colin – IRD.