

La mobilité internationale des professionnels de santé : quels enjeux pour le système de soins français ?

La France, contrairement à d'autres pays, n'a pas opté pour un recrutement actif à l'étranger afin d'alimenter son système de santé en ressources humaines. Ainsi, seuls 7,4 % des médecins exerçant en France sont titulaires d'un diplôme obtenu à l'étranger, contre 30 % au Royaume-Uni.

Toutefois, le nombre de professionnels formés à l'étranger et exerçant en France augmente, notamment dans les localités peu attractives, rurales ou en périphérie des villes, ainsi que dans des disciplines ou des professions en manque conjoncturel d'effectif.

La mobilité, facilitée dans le cadre de la libre circulation au sein de l'Union européenne (UE), a un impact sur les systèmes de santé des pays receveurs comme des pays d'origine, tant en termes de régulation, de qualité que d'accès aux soins. Il s'agit donc de mieux encadrer la mobilité d'emploi des professionnels de santé. Parallèlement, faciliter des temps de formation à l'étranger pour les étudiants et les professionnels pourrait bénéficier à la France et à ses partenaires, et participer à l'édification d'un espace européen de la santé. ■

PROPOSITIONS

- 1 Fixer un délai au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) pour publier les référentiels de compétences de toutes les spécialités afin de clarifier les critères de sélection retenus lors de la procédure d'autorisation d'exercice.
- 2 Rendre obligatoire le suivi d'une formation complémentaire de français, durant leur première année d'exercice, pour tous les professionnels de santé diplômés dans l'Union européenne et reconnus aptes à exercer en France, sauf dérogation pour ceux parlant déjà couramment le français.
- 3 Concernant les prestataires de services de santé (possibilité donnée aux professionnels établis dans un État membre d'exercer occasionnellement dans un autre) :
 - en France, prévoir leur inscription au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ;
 - dans le cadre de la révision de la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, préciser la durée maximale de la prestation et l'étendue de la couverture assurantielle exigible.
- 4 Dresser une liste d'agences agréées pour recruter des professionnels de santé à l'étranger dans le cadre d'appels d'offre de collectivités et d'établissements de santé.
- 5 Créer un guide national d'intégration dans le système de santé, déclinable au niveau régional, contenant des informations sur le système sanitaire et médicosocial, le territoire de santé local, les questions éthiques.
- 6 Encourager les centres hospitaliers universitaires à conclure des conventions bilatérales prévoyant des échanges d'internes avec d'autres établissements de santé de l'Union européenne.

LES ENJEUX La mobilité internationale des professionnels de santé modifie l'efficacité des systèmes de soins. Dans les pays receveurs, la mobilité d'emploi renforce les services mais accroît potentiellement les dépenses en fragilisant la maîtrise de l'offre. Elle soulève aussi des interrogations quant à la qualité des soins : valeur réelle du diplôme étranger mais aussi maîtrise de la langue, fondamentale dans la relation soignant-patient. Dans les pays sources, elle tend à diminuer l'accès aux soins. Quant à la mobilité de formation, elle contribue à diffuser les bonnes pratiques. Quels peuvent donc être les effets de la mobilité croissante des professionnels sur le système de santé français ?

Les professionnels de santé formés en France émigrent peu. En outre, la France n'a pas développé de politique de recrutement actif de professionnels de santé à diplôme étranger. Toutefois, depuis les années 1990, de nombreux établissements, voire parfois des collectivités, recrutent des professionnels formés à l'étranger pour remédier à leur manque d'attractivité ou à des déficits conjoncturels de diplômés en France dans certaines disciplines. Conçu comme une variable d'ajustement, le recours à des diplômés à l'étranger permet en effet de combler rapidement les carences.

Ce type de recrutement, attestant d'un manque de régulation de la répartition géographique et des difficultés à anticiper les besoins en santé, invite à s'attaquer en profondeur à la planification des ressources humaines et à reconsidérer la répartition des missions entre acteurs de santé.

À court terme, il conviendrait d'optimiser les recrutements effectués à l'étranger afin d'en garantir l'efficacité. Parallèlement, encourager la mobilité de formation contribuerait à la montée en gamme des soins.

LE SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS ET LA MIGRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : INDÉPENDANCE GLOBALE, DÉPENDANCES LOCALES.

L'autorisation d'exercice en France est strictement encadrée

L'exercice d'une profession de santé en France est conditionné à une vérification des qualifications et des compétences qui dépend du lieu d'obtention du diplôme. En effet, la loi distingue les professionnels à diplôme européen, gratifiés des mêmes droits que leurs confrères français, et ceux à diplôme non européen, aux conditions d'exercice plus contrôlées⁽¹⁾.

D'un côté, les diplômés européens (Union européenne et Espace économique européen) disposent d'un droit d'exercice plein, tout comme les professionnels relevant d'accords bilatéraux, du type de ceux conclus entre la France et le Québec⁽²⁾.

D'un autre côté, les professionnels qui ont obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne ne peuvent exercer en France, sauf exception. Les personnels paramédicaux doivent reprendre leurs études pour obtenir un diplôme français. Les professionnels médicaux peuvent quant à eux acquérir individuellement une autorisation pleine d'exercer en vertu de régimes dérogatoires, à l'issue d'un examen ou d'un concours attestant de leur maîtrise du métier⁽³⁾.

La proportion des professionnels de santé à diplôme étranger demeure limitée en France

Sur le plan mondial, la migration des professionnels de santé s'intensifie, particulièrement depuis la fin des années 1990⁽⁴⁾. Entre 1970 et 2005, la part du personnel soignant diplômé à l'étranger a augmenté dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), notamment en Europe occidentale : concernant les médecins, leur proportion dans les effectifs est passée de 1 % à 6 % au Pays-Bas, de 5 % à 16 % en Suède ou encore de 26 % à 33 % au Royaume-Uni. Au sein de l'Union européenne, le processus d'intégration facilite cette mobilité. Toutefois, si les élargissements de 2004 et 2007 ont agrandi le bassin de recrutement, les flux en direction de l'Europe des Quinze n'ont pas été aussi importants que prévus, du fait de politiques de rétention des personnels (augmentation salariale, amélioration des conditions de travail)⁽⁵⁾.

Perçue comme attractive économiquement, renommée pour son système de santé, la France compte parmi les receveurs nets de professionnels de santé.



(1) Articles L. 4111-1 et L. 4221-1 du code de la Santé publique.

(2) Arrangements de reconnaissance mutuelle signés en 2008.

(3) Article L. 4111-2 du code de la Santé publique.

(4) Dumont J.-C. [2010], *Les migrations internationales des personnels de santé*, synthèse OCDE.

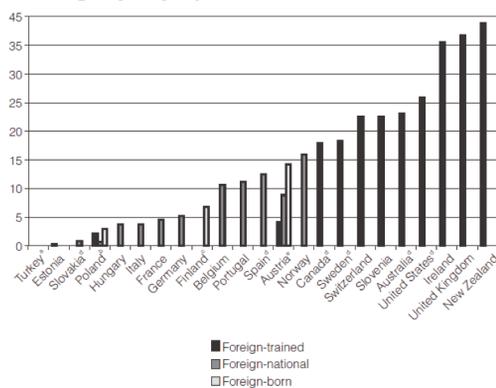
(5) Buchan J. [2008], *Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ?*, OMS.

Ainsi, l'émigration des professionnels de santé formés en France est marginale. Elle concerne avant tout les zones frontalières. Certains infirmiers de l'Est de la France travaillent en Allemagne, au Luxembourg ou en Suisse⁽⁶⁾. Concernant les médecins, l'émigration est surtout dirigée vers la Suisse ou l'Amérique du Nord.

Parallèlement, le nombre de professionnels de santé à diplôme étranger exerçant en France augmente. Ces flux concernent avant tout les médecins. Entre 2007 et 2010, le nombre de médecins de nationalité étrangère inscrits au Conseil de l'Ordre a crû de 20 %⁽⁷⁾. Plus d'un quart des médecins nouvellement inscrits en 2011 étaient titulaires d'un diplôme étranger⁽⁸⁾.

Le profil des professionnels recrutés à l'étranger résulte de facteurs facilitateurs comme la maîtrise du français, la proximité géographique, ou le cadre réglementaire de reconnaissance des diplômes. Entre 1990 et 2010, le nombre de médecins en provenance de l'Union européenne (désormais 45 % des diplômés à l'étranger) a ainsi été multiplié par 6 quand le nombre de médecins extracommunautaires ne l'a été que par 2,5. Chez les médecins, les diplômés algériens, roumains puis belges sont les plus représentés. Ils sont plutôt espagnols et belges pour les infirmiers.

Figure 1 :
Pourcentage de médecins étrangers ou formés à l'étranger par pays.



N.B. : sont indiqués ici pour la France les professionnels de nationalité étrangère (4,7 %) et non les diplômés à l'étranger (7,4 %).

Source : Wismer M, et al. (2011), Health professional mobility and health systems, *op.cit.*

Malgré cette augmentation, les professionnels titulaires d'un diplôme étranger ne représentent qu'une faible part des professionnels de santé exerçant en France, soit moins de 8 % pour les médecins et de 2 % pour les infirmières ou les pharmaciens⁽⁹⁾. Le fonctionnement du

système ne dépend donc pas de leur présence⁽¹⁰⁾, contrairement au Royaume-Uni et à l'Irlande, où ils comptent pour un tiers des médecins, ou encore aux États-Unis, où près d'un quart des médecins ont été formés à l'étranger (figure 1). L'immigration des professionnels de santé à diplôme étranger étant faible, elle ne fragilise pas les politiques françaises de régulation de l'offre et de la maîtrise des dépenses reposant sur l'instauration de quotas et de *numerus clausus*.

Notons que, à l'heure actuelle, malgré les efforts de l'OCDE et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les chiffres caractérisant cette mobilité sont lacunaires et peu comparables d'un pays à l'autre, entravant une anticipation adéquate des besoins. En France, le nouveau *Répertoire partagé des professionnels de santé* (RPPS)⁽¹¹⁾ pourrait aider à mieux cerner les phénomènes migratoires en centralisant l'information sur la démographie des professionnels.

Tableau 1 :
Tableau récapitulatif de la situation en France pour plusieurs professions de santé concernées par les phénomènes migratoires.

	Médecins	Sages-femmes	Dentistes	Infirmiers
Évolution des effectifs de nationalité étrangère entre 1990 et 2010	Multipliés par 4	N.D.	Multipliés par 4	N.D.
Part de professionnels à diplôme étranger dans les effectifs totaux	7,4 % en 2011	6,4 % en 2012	4,2 % en 2012	1,6 % en 2006
Part de professionnels à diplôme étranger dans les nouvelles inscriptions	27 % en 2011	N.D.	N.D.	N.D.
Origine des diplômes/nationalités majoritaires	1. Algérie 2. Roumanie 3. Belgique (diplôme)	1. Belgique 2. Algérie 3. Sénégal (diplôme)	1. Roumanie 2. Belgique 3. Maroc (nationalité)	1. Espagne 2. Belgique 3. Allemagne (2006 et nationalité)
Flux vers l'étranger de professionnels formés en France (peu de chiffres, quelques indices pouvant être tirés de registres étrangers)	En 2000, l'OCDE en comptait près de 4000, dont 26% aux États-Unis. En 2005, 930 Français exerçaient en Belgique et, en 2006, 649 en Italie. En 2005, 649 exerçaient au Canada, en 2008, 407 en Allemagne et 529 au Royaume-Uni.	En 2012, 1 232 Françaises inscrites à l'Ordre étaient titulaires d'un diplôme étranger.	N.D.	En 2000, l'OCDE en comptait près de 9 000, dont 26 % en Suisse. En 2005, 831 (pour plus de 530 000 travaillant en France) vivaient en Belgique et 379 au Canada.

N. B. : À lire avec précaution. Données souvent disparates et peu actualisées. Sources diverses

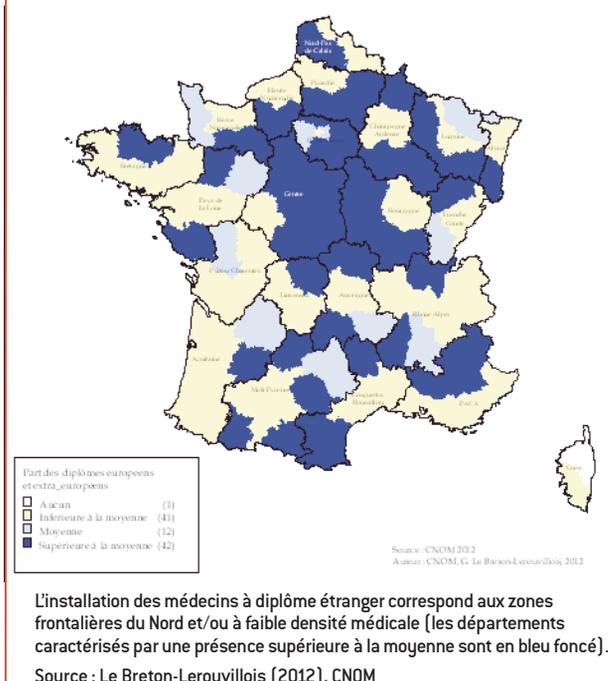
[6] Cash R. et Ulmann P. (2008), *La migration des professionnels de santé, le cas de la France*, OCDE.
 [7] Delamaire M.-L. et Schweyer F.-X. (2011), "Nationally moderate, locally significant: France and health professional mobility from far and near" in Wismer M, et al., *Health professional mobility and health systems*, European observatory on health systems and policies.
 [8] Le Breton-Lerouillois G. et Romestaing P. (dir.) (2012), *Les médecins à diplômes européens et extra-européens exerçant en France*, CNOM.
 [9] International Hospital Federation (2011), *National Profile of Migration of Health Professionals – France*, MoHProf.
 [10] Delamaire M.-L. et Schweyer F.-X. (2011), *op. cit.*
 [11] Créé par un arrêté du 6 février 2009, le RPPS est un fichier répertoriant l'identifiant unique, les diplômes et des données concernant l'exercice des professionnels de santé [aujourd'hui seulement les professions médicales et les pharmaciens, avant extension à tout le champ sanitaire].

Recruter des professionnels de santé diplômés à l'étranger est parfois une nécessité

L'accroissement du nombre de professionnels non formés en France ne résulte pas d'une politique nationale, ni d'une stratégie de diversification des compétences, mais découle plutôt des difficultés de recrutement des établissements publics (22 % des emplois à temps plein de médecins étaient vacants en 2010⁽¹²⁾), voire des collectivités et des cliniques privées.

Ces professionnels sont utilisés, le plus souvent à l'hôpital, comme "variable d'ajustement" dans les zones géographiques (rurales et périurbaines) en manque d'effectif ou dans les disciplines délaissées. Ils permettent de limiter les recours à des périodes d'intérim, coûteuses et problématiques pour la sécurité des soins. Les effectifs de médecins à diplôme étranger varient ainsi selon les territoires, leur présence (particulièrement celle des diplômés extra-européens⁽¹³⁾) étant souvent corrélée à de faibles densités médicales : ils étaient 16 % des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre en Aquitaine en 2010 contre 100 % dans l'Yonne⁽¹⁴⁾ (figure 2).

Figure 2 :
Part des nouveaux inscrits en 2011 à diplôme européen et extra-européen à l'échelle départementale.



L'installation des médecins à diplôme étranger correspond aux zones frontalières du Nord et/ou à faible densité médicale [les départements caractérisés par une présence supérieure à la moyenne sont en bleu foncé].

Source : Le Breton-Lerouillois (2012), CNOM

Au-delà, ces recrutements permettent de combler des manques dans les spécialités peu prisées, qu'elles soient moins lucratives dans le public que dans le privé (imagerie) ou qu'elles soient jugées contraignantes ou peu stimulantes. Ainsi, les médecins étrangers ne représentent que 3,5 % des spécialistes mais 9,5 % des anesthésistes⁽¹⁵⁾. D'autres spécialités sont concernées comme la pédiatrie, la psychiatrie, la gynécologie-obstétrique ou les urgences. La réforme de l'examen classant national (ECN) de 2009, qui oriente plus finement les internes vers les diverses spécialités, devrait concourir à mieux répartir les effectifs⁽¹⁶⁾.

Par ailleurs, les mobilités de courte période augmentent avec l'émergence de mouvements de prestataires de services, c'est-à-dire de professionnels de santé établis dans un État membre mais autorisés à exercer pour un temps limité dans un autre⁽¹⁷⁾, encouragés notamment par l'essor des transports *low cost*⁽¹⁸⁾. Ces mobilités peuvent aussi être liées à des services particuliers, à l'image de sages-femmes habituées à effectuer des accouchements à domicile en Suisse ou en Allemagne, qui viennent en France satisfaire ce type de demandes.

La mobilité temporaire se développe particulièrement dans les zones frontalières, où elle permet de mutualiser des ressources. Si les projets de coopération transfrontaliers concernent surtout la mobilité des patients, certains favorisent celle des professionnels. La France et la Belgique ont par exemple conclu un accord concernant l'aide médicale d'urgence. Depuis 2008, les personnels des Structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) des deux pays peuvent intervenir indistinctement de chaque côté de la frontière selon les appels reçus et l'offre disponible⁽¹⁹⁾. Le même type d'accord a été signé fin 2011 entre l'Allemagne et la Pologne.

La mobilité internationale permet ainsi, dans certaines zones et disciplines, de maintenir une présence soignante. Toutefois, elle ne paraît pas être une solution structurelle aux déséquilibres démographiques.

Le recours aux professionnels de santé à diplôme étranger peut-il garantir durablement l'accès aux soins ?

Bien que les effectifs des professions de santé augmentent, les départs en retraite de nombreux médecins et l'arrivée de générations aspirant à de nouveaux modes de travail réduisent le temps médical disponible.

[12] Postes non occupés par un titulaire ou en période probatoire. Daudigny Y. (2012), *Rapport 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*, Sénat.

[13] Le Breton-Lerouillois G. et Romestaing P. (dir.) (2012), *op. cit.*

[14] Le Breton-Lerouillois G. et Romestaing P. (dir.), (2011), *Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2011*, CNOM.

[15] Le Breton-Lerouillois G. (2009), *Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2009*, CNOM.

[16] La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a "filiarisé" l'ECN selon les besoins régionaux. Sont affichées les places par discipline (ex. : pédiatrie). Pour les disciplines divisées en spécialités (ex. : spécialités médicales), l'étudiant effectue désormais un préchoix de spécialité selon des quotas annuels. Après deux ans, il choisit définitivement selon les quotas fixés lors de son préchoix.

[17] Directive 2005/36/EC. Possibilité prévue pour les professionnels médicaux (médecin, dentiste, sage-femme) par l'article L. 4112-7 du code de la Santé publique, en application de la réglementation européenne ; pour les infirmiers, à l'article L. 4311-22.

[18] Buchan J. (2008), *op. cit.*

[19] Déplaud M. (2011), "Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006)", *Politix*, n° 95.

La France devrait-elle donc désormais chercher à recruter plus activement des professionnels étrangers, à l'instar de la Norvège ou de la Nouvelle-Zélande ? Ce dernier pays a ainsi ouvert un portail internet gouvernemental destiné à attirer les professionnels de santé étrangers. Il contient des explications sur le système de soins et les étapes du recrutement, le tout complété par des textes et des photographies vantant les paysages, le mode de vie et la culture locale⁽²⁰⁾.

En réalité, la France ne souhaite pas que le fonctionnement de son système de soins dépende du recrutement de professionnels à diplôme étranger, car cette stratégie comporte certains inconvénients.

Complexe et onéreux pour les établissements, ce type de recrutement nécessite des réajustements en termes de formation et de langue. De plus, une fois sur le territoire national, et bien qu'ils soient surreprésentés dans les zones les moins attractives, les professionnels étrangers ont tendance à préférer les mêmes disciplines et lieux d'exercice que leurs confrères. Par ailleurs, les médecins non formés en France optent majoritairement pour le salariat. Ils sont employés à 64 %, contre 41 % pour les médecins français, et n'exercent en libéral qu'à 25 %⁽²¹⁾. Le plus souvent, ils ne sont donc pas une ressource adéquate pour les collectivités locales en quête de médecins généralistes, ne pouvant ou ne désirant pas investir dans une structure de soins reposant sur le salariat.

Par ailleurs, la concurrence pour les mêmes bassins de recrutement déstabilise les systèmes de santé des pays sources, problématique aiguë dans les États en développement mais aussi dans les pays de l'Est de l'Europe. L'émigration de leurs soignants se traduit par un déficit de personnels et par des dépenses de formation réalisées au bénéfice d'autres pays. Cette préoccupation a mené à la rédaction de codes éthiques et à l'amorce d'une réflexion européenne pour que la liberté de circulation des professionnels soignants ne dégrade pas les systèmes de soins des pays les moins attractifs (encadré 1). Un plan d'action⁽²²⁾ et une action conjointe entre États-membres et institutions européennes ont d'ailleurs été lancés en 2011 et 2012 suite à des rapports sur les flux de professionnels à l'échelle du continent⁽²³⁾.

Encadré 1 :

Comment garantir un recrutement éthique ?

Selon l'OMS, il manque 4,3 millions de professionnels soignants dans le monde. Une liste de 57 pays particulièrement touchés a été publiée.

Dès 1999, l'Angleterre a adopté un code de Recrutement éthique listant les pays dans lesquels le *National Health System* ne doit pas recruter activement pour ne pas fragiliser le système local. Cette initiative a été suivie par l'Écosse et, en 2003, par tout le Commonwealth. La Norvège et les Pays-Bas ont aussi limité les recrutements, privilégiant ceux encadrés par des accords bilatéraux concernant le nombre de professionnels pouvant venir se former ou travailler⁽²⁴⁾, une démarche adoptée également par les organisations représentant les hôpitaux publics européens.

Au niveau mondial, en 2010, l'OMS a publié le code de Pratique mondiale pour le recrutement international des professionnels de santé. Si les pénuries aiguës ne peuvent être seulement imputées à la migration, cette dernière accentue les difficultés de formation et d'organisation. D'autres pistes ont été évoquées pour compenser les effets négatifs de la migration, comme la création d'une "taxe de formation" qui serait versée aux pays sources pour avoir formé à perte des professionnels de santé.

Le recrutement de professionnels diplômés à l'étranger ne pouvant garantir durablement l'accès aux soins, il est indispensable de renforcer les efforts de régulation démographique et l'attractivité du secteur. Plusieurs leviers existent comme les politiques incitatives⁽²⁵⁾, voire les "quotas d'installation" (mis en place avec succès depuis 2008 pour les infirmières⁽²⁶⁾), ou la réforme des études. Il sera aussi nécessaire de s'appuyer sur des dispositifs innovants, comme les partenariats entre Centres hospitaliers universitaires (CHU) et hôpitaux de périphérie, et d'approfondir la réflexion en termes de répartition des missions entre professionnels.

Ces réformes structurelles doivent s'accompagner de mesures plus ciblées pour optimiser le recrutement de professionnels à diplôme étranger en les intégrant mieux au système. Parallèlement, la mobilité de formation doit être encouragée, car elle améliore l'efficacité des systèmes de santé grâce à l'échange de bonnes pratiques et à l'apprentissage de techniques nouvelles. Elle est aussi un vecteur de rayonnement du système de santé français. La réglementation variant selon l'origine du diplôme, cette note examinera successivement le cas des ressortissants extra-européens puis européens.

LES PROFESSIONNELS DIPLÔMÉS HORS DE L'UNION EUROPÉENNE : COMMENT CLARIFIER LEUR STATUT ET STIMULER LES ÉCHANGES DE BONNES PRATIQUES ?

[20] <http://www.healthcareers.org.nz/>.

[21] Le Breton-Lerouillois G. et Romestaing P. [dir.] [2012], *op. cit.* Ces taux varient selon le pays d'obtention du diplôme.

[22] Communication de la Commission européenne [2012], *Action Plan for the EU Health Workforce*.

[23] Projets PROMeTHEUS, MoHProf et RN4CAST.

[24] Wets J. et De Bruyn T. [2011], *La migration : la solution aux pénuries de personnel dans le secteur des soins et de la santé ?*, Fondation du Roi Baudouin.

[25] Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale [PLFSS] pour 2013 [article 40] prévoit la création d'un contrat de praticien territorial en médecine générale dans les zones sous-dotées. Dans ce cadre, le praticien recevrait un complément au revenu de ses activités pendant deux ans.

[26] Ont été mis en place des incitations dans les zones sous-dotées et des plafonds d'installation dans les zones surdotées. Des dispositifs semblables existent pour les kinésithérapeutes et les sages-femmes.

Clarifier davantage le statut des professionnels à diplôme hors Union européenne

Si beaucoup de médecins à diplôme hors Union européenne ont obtenu leur inscription au Conseil de l'Ordre des médecins, depuis les années 1980, nombre de ces diplômés travaillent dans des établissements de soins sans l'avoir encore obtenue⁽²⁷⁾. Ils travaillent parfois en France depuis des années ou arrivent dans le but de passer le concours pour obtenir l'autorisation d'exercer, ou bien encore ont validé les écrits et sont en période de stage probatoire. Ils sont employés sous des statuts relativement précaires (à des postes faisant fonction d'interne, d'assistant ou de praticien associé, voire à des fonctions d'infirmier), souvent sous couvert de périodes de formation, et pour des salaires de 30 % à 50 % inférieurs à ceux de leurs confrères. Ils peuvent en effet exercer et se former dans les hôpitaux sans bénéficier d'une autorisation pleine et entière d'exercice, à condition d'être placés sous la responsabilité d'un médecin senior⁽²⁸⁾.

Depuis 2010, toutes les inscriptions en formations diplômantes réservées aux professionnels diplômés hors Union européenne sont centralisées par l'université de Strasbourg⁽²⁹⁾. Cette nouvelle procédure devrait mettre un terme à l'embauche de professionnels sous des statuts d'étudiant, cumulant dans le temps les inscriptions dans plusieurs universités et enchaînant en réalité des contrats précaires sous couvert de formation. Il demeure toutefois des points à éclaircir.

Tout d'abord, si ces médecins n'ayant pas encore obtenu la plénitude d'exercice mais travaillant néanmoins à l'hôpital ont dans les textes une responsabilité limitée, la réalité est souvent tout autre, surtout dans le cadre des gardes et des urgences⁽³⁰⁾. Leur degré d'autonomie est variable, selon le jugement du chef de service et les effectifs. Il serait nécessaire de définir plus précisément leur rôle et le périmètre de leurs responsabilités.

Diverses réglementations ont tenté de normaliser la situation en donnant accès à la plénitude d'exercice à des professionnels employés tout en limitant les flux d'entrée. Un texte de 2012⁽³¹⁾ a assoupli les procédures et donné aux médecins présents dans les hôpitaux jusqu'à 2016 pour obtenir leur autorisation d'exercice. Cependant, des problèmes demeurent (comme la difficulté de trouver un terrain de stage agréé après avoir réussi le concours) et sont souvent traités dans l'urgence, car ces professionnels, certes moins nombreux au fil des sessions d'examens mais toutefois environ cinq mille aujourd'hui⁽³²⁾, sont indispensables à certains services (encadré 2).

Encadré 2 :

Le lent assouplissement des procédures d'autorisation d'exercice pour les praticiens à diplôme hors Union européenne

À la fin du XIX^e siècle, l'exercice de la médecine a été réservé à des diplômés en France, et en 1933 une condition de la nationalité française a été exigée. Des assouplissements ont été apportés depuis, bien que la procédure demeure complexe. En 1972, a été mise en place une dérogation pour les réfugiés et les apatrides. Parallèlement, des médecins hospitalo-universitaires et des internes hors Union européenne sont venus acquérir un complément de formation dans les hôpitaux français. Ce processus est utilisé par les établissements en manque d'effectifs pour employer ces professionnels sous couvert de formation, particulièrement dans les années 1980 et 1990. La loi de 1995 qui crée le statut de praticien adjoint contractuel puis la loi CMU de 1999 devaient permettre d'améliorer la situation des personnes déjà employées tout en interdisant le recrutement de praticiens non européens qui ne seraient pas passés par le concours. Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, la procédure d'autorisation d'exercice de base est un concours, suivi d'une période probatoire et d'un passage devant une commission (taux de réussite inférieur à 8 % en 2011). Cependant, les réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile peuvent passer un examen. De plus, la procédure se rapproche de la validation des acquis de l'expérience pour les personnes exerçant déjà (taux de réussite de 72 % en 2008 et de 39 % en 2011). Suite à un décret de 2012 (voir note 31), les personnes justifiant d'au moins trois ans et d'au moins deux mois entre août 2010 et décembre 2011 de fonctions rémunérées au sein d'un établissement public ou privé à intérêt collectif peuvent bénéficier d'un examen. Par ailleurs, la limitation du nombre de présentations aux épreuves a été levée.

La procédure d'autorisation d'exercice est désormais plus transparente. Par exemple, l'obtention d'une attestation de français délivrée par un organisme externe, l'Alliance française, s'est substituée en 2009 à l'examen de langue. Toutefois, il serait nécessaire de définir davantage les critères de sélection aux épreuves d'autorisation d'exercice. Ainsi, le Conseil de l'Ordre a publié depuis 2008 neuf référentiels de compétences précisant les exigences des maquettes officielles (notamment en matière de validation des acquis professionnels) afin qu'ils soient utilisés par les commissions lorsqu'elles doivent statuer sur des dossiers. Toutefois, seul un quart des spécialités est pour l'instant couvert (n'ont pas été publiés par exemple les référentiels pour la cardiologie, la gynécologie-obstétrique ou la psychiatrie, spécialités assez représentées parmi les praticiens à diplôme étranger). L'effort de clarification doit



[27] Ces médecins n'étant pas inscrits au Conseil de l'Ordre, il est difficile de connaître précisément leur nombre total.

[28] Article R. 6152-538 du code de la Santé publique.

[29] Arrêté du 3 août 2010 relatif au diplôme de formation médicale spécialisée et au diplôme de formation médicale spécialisée approfondie.

[30] Rapport de la Cour des comptes [2006], *Les Personnels des établissements publics de santé*.

[31] Décret n° 2012-659 du 4 mai 2012 portant application de la loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de pharmacien et de sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un État non-membre de l'Union européenne.

[32] Daudigny Y. [2012], *op. cit.*

donc être poursuivi. Plus généralement, il serait utile de mieux expliciter les conditions d'exercice sur le site du ministère de la Santé notamment, afin que tous les professionnels souhaitant se former ou exercer en France connaissent les procédures en amont.

PROPOSITION 1

Fixer un délai au Conseil national de l'Ordre des médecins pour publier les référentiels de compétences de toutes les spécialités afin de clarifier les critères de sélection retenus lors de la procédure d'autorisation d'exercice.

Favoriser les échanges de bonnes pratiques par la "migration circulaire" et la coopération

La "migration circulaire" des professionnels qui viennent se former dans les pays développés, pour repartir ensuite appliquer les compétences acquises, n'est pas aisée en pratique. D'une part, les établissements peuvent être tentés de transformer ces formations à durée limitée en travail destiné à combler les manques d'effectifs. D'autre part, les professionnels peuvent appréhender le retour dans leur pays où le système de santé peut être moins avancé sur le plan technique et organisationnel⁽³³⁾. Il serait nécessaire d'encourager les professionnels en formation et leurs établissements d'origine à bâtir des projets de retour (développement d'un service, évolution technique ou organisationnelle) afin d'améliorer leurs perspectives professionnelles sur place. Émergent ainsi des programmes "d'accompagnement du retour vers le soin" des professionnels désireux de contribuer à l'amélioration de leur système de santé d'origine, comme en Belgique (encadré 3).

Encadré 3 :

Comment faciliter le retour de professionnels de santé dans leur pays d'origine après une formation ? L'exemple de la fondation belge Return to Care

En vertu d'un arrêté de 1967, les professionnels de santé diplômés hors de l'Union européenne sont autorisés à venir compléter leur formation en Belgique mais ne peuvent y demeurer que deux à trois ans au maximum. Face aux difficultés éprouvées par les professionnels à retourner exercer dans leur pays, a été créée en 2011 la fondation interuniversitaire Return to Care qui vise à encourager des projets de soins dans les hôpitaux les moins attractifs des pays en développement. Cette fondation travaille notamment en partenariat avec les établissements belges et du pays d'origine du professionnel, depuis la sélection du candidat à la formation jusqu'à son retour. Les professionnels intéressés peuvent ainsi apprendre à monter un projet

[création d'un service, utilisation d'une nouvelle technologie, etc.]. La fondation leur apporte un soutien technique, les aide à lever des fonds et les accompagne à travers un programme de coaching personnalisé.

Au-delà de la mobilité de formation à proprement parler, les professionnels peuvent effectuer des missions de courte durée dans le cadre de l'aide au développement. Des personnels viennent bénéficier du savoir-faire des hôpitaux français. À l'inverse, certains professionnels français sont amenés à aller former leurs confrères sur place, même si les difficultés liées à leur remplacement freinent ces projets. Ces actions sont financées par l'État ou l'assurance maladie qui ont réparti depuis 2011 un million d'euros par appels à projets. La Fédération hospitalière de France et l'Agence française de développement ont d'ailleurs signé en mars 2012 une convention pour développer les partenariats hospitaliers existants et en créer de nouveaux.

LES PROFESSIONNELS DIPLÔMÉS EN EUROPE : COMMENT OPTIMISER LA MOBILITÉ D'EMPLOI ET FAVORISER LA MOBILITÉ DE FORMATION ?

Au sein de l'Union européenne, des problèmes persistent quant à la reconnaissance des qualifications et des compétences

La procédure de reconnaissance automatique des diplômes au sein de l'Union européenne mériterait d'être améliorée pour mieux garantir qualité des soins et libre circulation.

Tout d'abord, bien que la réforme licence-master-doctorat facilite le recrutement en harmonisant les formations, certains soulignent que la reconnaissance automatique des diplômes repose sur un socle commun d'exigences minimales et regrettent les disparités de niveaux demeurant au sein de l'Union européenne, tant en matière de formation initiale que continue.

En outre, les périmètres de compétences ne sont pas exactement les mêmes d'un pays à l'autre, rendant ardue la reconnaissance des qualifications. Les champs des spécialités médicales divergent par exemple : au sein de l'Union européenne, seules 17 des 52 spécialités reconnues sont communes à tous les États⁽³⁴⁾. Ces différences sont flagrantes concernant les missions des infirmiers, variant selon les pays de gestes simples à des pratiques avancées comme la prescription de médicaments, ou des sages-femmes (en France elles ont par exemple un niveau de responsabilité plus élevé que dans beaucoup

[33] Sauneron S. (2011), "La migration des médecins africains vers les pays développés", in Kerouedan D. (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de la santé au Sud*, Paris, Les Presses de Sciences Po.

[34] Liste dressée par la directive 2005/36/CE concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles.

de pays européens). Quand le périmètre d'un diplôme ne correspond pas aux compétences exigées, des **mesures compensatoires**, sous forme de stages notamment, peuvent être mises en place pour que le professionnel atteigne le niveau requis. La **révision en cours de la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles** (encadré 4) pourrait clarifier la situation, en particulier si une liste plus précise des compétences exigées était dressée pour les infirmiers et les sages-femmes. La France sera aussi attentive à ce que cette révision ne favorise pas la mobilité au détriment de la qualité des soins, en abaissant par exemple le temps de formation requis pour exercer la médecine.

Encadré 4 :

Comment garantir la qualité des soins tout en facilitant la mobilité dans l'Union européenne ?

Au titre de la directive européenne 2005/36/CE, **sept professions bénéficient d'une reconnaissance automatique des qualifications dans l'Union européenne** dont, dans le domaine de la santé : les médecins, les infirmiers en soins généraux, les sages-femmes, les dentistes et les pharmaciens. Entre **2007 et 2010, plus de 26 600 médecins et 15 200 infirmiers**^[35] ont vu leur diplôme automatiquement reconnu dans un autre État membre. Suite à une évaluation de la directive, celle-ci est en cours de modification pour faciliter davantage la mobilité tout en garantissant la sécurité aux patients.

Le **projet de nouvelle directive**^[36] contient notamment :

- la création d'une **carte européenne professionnelle** contenant les documents et les certificats nécessaires à une reconnaissance rapide des qualifications ;
- la création d'un **mécanisme d'alerte** destiné à garantir la transmission de l'information d'un État membre à un autre concernant les personnes interdites d'exercice ;
- l'**actualisation des standards minimaux de formation** des différentes professions de santé ;
- la clarification du **contrôle du niveau linguistique**.

Ensuite, au-delà des questions liées au diplôme et à son périmètre, le **contrôle des compétences pratiques** reste flou, étape effectuée en France lors du dépôt d'un dossier d'autorisation d'exercice à l'autorité compétente : Conseil de l'Ordre ou Agence régionale de santé (ARS) pour les personnels paramédicaux ne relevant pas d'un Ordre. Il s'agit notamment de la vérification du **temps d'exercice** au cours des dernières années ou encore du niveau de langue. Les médecins par exemple doivent en effet "faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française"^[37], sans qu'il existe de standard précis. Le niveau est jugé par

le rapporteur du Conseil de l'Ordre qui renvoie la question à l'ARS en cas de problème. Cette vérification au cas par cas, établie pour toutes les professions de santé, est compatible avec la législation européenne excluant les tests de langue systématiques^[38]. Malgré tout, les professionnels peuvent éprouver des difficultés à maîtriser totalement le français. En outre, la pression d'établissements en attente de professionnels pèse parfois sur le processus. Il serait donc intéressant, pour ceux reconnus aptes à exercer, de rendre obligatoire le suivi de cours de "soutien" de français durant leur première année d'exercice, sauf dérogation si le professionnel parle couramment la langue. Ces formations pourraient être, par exemple, financées par des crédits dédiés au développement professionnel continu, qui ont l'avantage de concerner tous les professionnels de santé, libéraux et salariés. Notons que si la barrière de la langue peut être problématique, certains établissements mettent à profit la diversité linguistique de leurs employés pour mieux communiquer avec les patients parlant peu le français.

PROPOSITION 2

Rendre obligatoire le suivi d'une formation complémentaire de français, durant leur première année d'exercice, pour tous les professionnels de santé diplômés dans l'Union européenne et reconnus aptes à exercer en France, sauf dérogation pour ceux parlant déjà couramment le français.

Enfin, il faudrait clarifier la **prestation de services**, possibilité donnée aux professionnels établis dans un État membre d'exercer occasionnellement dans un autre (environ 100 autorisations par an pour les médecins en France^[39]). Au niveau national, inscrire ces prestataires de services au RPPS faciliterait le remboursement au patient et la gestion par l'assurance maladie. De plus, il demeure des imprécisions concernant les pièces justificatives à fournir et la durée maximale de la prestation, qui n'est pas fixée par la réglementation européenne, laissant une frontière floue entre installation et prestation. Les situations sont en effet très diverses : de consultations ponctuelles à des périodes plus longues de remplacement par exemple, la durée de prestation acceptable étant alors appréciée au cas par cas. La révision du cadre réglementaire pourrait améliorer les procédures. Un rapport du Parlement européen propose par exemple de fixer la durée de prestation à 50 % au maximum de l'activité annuelle d'un professionnel^[40].



[35] Commission européenne [2011], *Evaluation of the Professional Qualifications Directive*.

[36] Commission européenne [2011], *Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles*.

[37] Article L. 4112-2 du code de la Santé publique.

[38] Code of conduct approved by the group of coordinators for the Directive 2005/36/EC.

[39] D'après le Conseil de l'Ordre des médecins.

[40] Vergnaud B. [2012], *Rapport sur la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive 2005/36/CE*.

PROPOSITION 3

Concernant les prestataires de services de santé (possibilité donnée aux professionnels établis dans un État membre d'exercer occasionnellement dans un autre) :

- en France, prévoir leur inscription au RPPS ;
- dans le cadre de la révision de la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, préciser la durée maximale de la prestation et l'étendue de la couverture assurantielle exigible.

Préciser le rôle des agences de recrutement dans un souci d'efficience

Les recrutements de professionnels à diplôme européen sont majoritairement effectués directement par les établissements. Cependant, des agences spécialisées ont récemment émergé comme intermédiaires sur le marché. Ces services peuvent s'avérer très coûteux (jusqu'à 40 000 euros par praticien) pour des prestations grandement variables (cours de langue, prise en compte du travail du conjoint et des enfants, déplacement pour rencontrer les professionnels ou recrutement sur curriculum vitae uniquement). Or, un certain nombre de professionnels quittent rapidement l'établissement, ou la ville d'installation, car ils sont confrontés à des difficultés d'intégration, tant professionnelles (dont le temps de constitution d'une patientèle) que familiales. L'investissement, et surtout le recours à une agence, se révèle alors peu rentable.

En outre, si certaines agences fournissent un service de qualité, d'autres ont des pratiques discutables : termes du contrat (salaire, durée d'engagement, description de la région) parfois flous pour la personne embauchée, concentration des recrutements dans certains pays qui déséquilibrent leur système de soins⁽⁴¹⁾. Plusieurs pays comme la Pologne, les Pays-Bas, l'Italie ou le Royaume-Uni ont donc entrepris de réguler le secteur en certifiant les agences, voire, comme en Australie, en contractualisant avec certaines d'entre elles afin qu'elles combler les postes vacants, le coût ne reposant alors pas sur l'établissement mais au niveau fédéral⁽⁴²⁾.

PROPOSITION 4

Dresser une liste d'agences agréées pour recruter des professionnels de santé à l'étranger dans le cadre d'appels d'offres de collectivités et d'établissements de santé.

Accompagner l'intégration du professionnel au sein du système de santé

L'accompagnement des professionnels à diplôme européen permettrait non seulement d'améliorer les soins mais aussi de fidéliser le personnel recruté et donc de rendre la démarche efficiente⁽⁴³⁾.

En effet, un individu dont les qualifications professionnelles ont été reconnues peut se heurter à des difficultés de compréhension de l'organisation du système, mais aussi d'adaptation à la technologie et à la culture professionnelle, ou à des difficultés relationnelles avec les patients. Il peut aussi, selon le système de santé dans lequel il a exercé, avoir été habitué à des degrés différents de responsabilité ou de supervision.

Au-delà d'une aide dans les démarches administratives déjà proposée par environ 40 % des établissements⁽⁴⁴⁾, l'intégration optimale d'un professionnel non formé en France nécessite un compagnonnage et un accompagnement plus approfondi, comme cela a été généralisé ou est en passe de l'être dans d'autres pays (encadré 5).

Encadré 5 :

Comment faciliter l'intégration de professionnels formés à l'étranger dans le système de soins ? Exemples étrangers

En Grande-Bretagne, le **General Medical Council** (à peu près l'équivalent du Conseil de l'Ordre des médecins français) voudrait initier un programme national d'intégration⁽⁴⁵⁾, afin d'apporter un soutien aux médecins exerçant pour la première fois au sein du National Health System.

Il serait destiné à tous les nouveaux médecins diplômés britanniques, mais particulièrement aux professionnels formés à l'étranger venant s'établir en Grande-Bretagne. Les médecins ne pourraient exercer qu'une fois ce programme suivi. Il se focaliserait sur des questions juridiques, éthiques, sur les notions de dialogue médecin-patient et de consentement éclairé, ainsi que sur les recommandations de bonne pratique. Il viendrait compléter les programmes locaux existants, comprenant des visites d'orientation et des formations liées à la sécurité ou au profil de la population locale.

D'autres pays préfèrent des stages spécifiquement destinés aux médecins diplômés à l'étranger. Le Canada a ainsi mis en place des stages d'acclimatation durant lesquels les professionnels exercent mais sont suivis. La Fédération des médecins suisses (FMS) a également proposé la mise en place d'une "période d'introduction" pour les médecins nouvellement arrivés afin de solidifier leur formation, qu'ils comprennent le système de santé et maîtrisent mieux la langue⁽⁴⁶⁾.

[41] Cash R. et Ulmann P. (2008), *op. cit.*

[42] Dumont J.-C. et Zurn P. (2007), *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*, OCDE.

[43] OCDE (2008), *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?*, OCDE.

[44] Chiffre tiré des établissements ayant répondu à l'enquête. Drexler A. (2008), *Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*, EHESP (mémoire).

[45] General Medical Council (2011), *The State of Medical Education and Practice in the UK*.

[46] "Le nombre de médecins étrangers explose", *Le Temps*, 22 juin 2012.

Cette approche intégrative avait été adoptée lors du **recrutement d'infirmiers espagnols** au début des années 2000, seul recrutement de professionnels de santé à diplôme étranger à l'échelle du pays (encadré 6). Certains établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui recrutent aujourd'hui notamment des infirmiers portugais, veillent aussi à les intégrer dès leur arrivée, tant sur le plan matériel (mise à disposition d'un logement) que professionnel (ils suivent quatre mois de tutorat et un an de stage avant d'être considérés comme autonomes). Or, les programmes d'intégration ne sont pas très répandus alors que la qualité des soins gagnerait à ce qu'ils soient systématisés. Les professionnels disposant d'un Ordre ont souvent un entretien avant installation, mais qui se révèle insuffisant.

Encadré 6 :

Des paramédicaux espagnols en France : un programme national pour faire face à des tensions démographiques conjoncturelles

Certains pays signent des **accords bilatéraux** pour encadrer les recrutements. Cela a été le cas concernant des infirmiers entre l'Italie et la Roumanie, et entre l'Espagne et la France. Ainsi, en 2002, pour faire face à une tension conjoncturelle, le ministère de la Santé, en coopération avec l'Office des migrations internationales et les fédérations d'employeurs publics et privés, a mis en place un dispositif de **recrutement d'infirmiers et de kinésithérapeutes espagnols**. Une fois le recensement des postes à pourvoir en France effectué, une cellule de recrutement a été ouverte en Espagne. Après une **formation en français** effectuée en France, les infirmiers recrutés ont été accueillis dans les hôpitaux, chargés de poursuivre l'intégration.

Les professionnels recrutés (plus de 800) ont permis de dépasser cette période tendue en termes d'effectifs^[47]. Toutefois, **beaucoup sont rentrés en Espagne**, confrontés entre autres à la barrière linguistique. Le programme, cofinancé par le ministère et les employeurs, s'est achevé en décembre 2004 avec l'arrivée sur le marché de nouvelles générations d'infirmiers formés en France.

Pour soutenir les établissements dans la mise en place d'un programme d'intégration, un **guide** devrait être publié. Il pourrait se composer d'un volet national comportant une liste des sites ressources (comme celui de la Haute Autorité de santé [HAS] pour les bonnes pratiques) ainsi que des informations sur l'éthique, la relation médecin-patient, le système médicosocial (par exemple les règles régissant les arrêts de travail), sans oublier les valeurs du service public hospitalier et l'organisation du système de santé. **Les ARS pourraient y adjoindre un volet local sur les acteurs sanitaires et sociaux du territoire** vers qui le professionnel serait alors en mesure de mieux orienter ses patients. Ce guide gagnerait à être mis en ligne pour être porté par les

Ordres et être accessible aux professionnels s'installant en libéral. Un tel guide serait d'ailleurs également utile aux médecins diplômés en France.

PROPOSITION 5

Créer un guide national d'intégration dans le système de santé, déclinable au niveau régional, contenant des informations sur le système sanitaire et médicosocial, le territoire de santé local, les questions éthiques.

Réguler la mobilité dans le cadre de la formation initiale

Grâce à la libre circulation en Europe, les étudiants peuvent entreprendre des études de santé dans un autre pays membre. Ainsi, un bon nombre, pour échapper aux systèmes de régulation de l'offre instaurés dans la majorité de l'Union européenne, se forment à l'étranger. Par exemple, beaucoup d'Allemands n'ayant pas été sélectionnés en faculté de médecine (sélection à la sortie du lycée, sur les notes du baccalauréat) étudient en Autriche ou en Lettonie. De même, **une part croissante d'étudiants français ayant échoué au concours de fin de première année de médecine se tournent vers l'étranger** pour revenir, une fois formés, pratiquer en France. La Belgique et la Roumanie sont les deux premières destinations. Depuis son entrée dans l'Union européenne, la Roumanie a en effet développé des cursus dédiés aux étudiants étrangers, dont plusieurs filières francophones. Le pays s'est d'ailleurs lancé dans l'évaluation de ses facultés afin d'en démontrer le bon niveau^[48]. À l'été 2011, sept cents Français y étaient inscrits en médecine^[49].

Ces flux posent la question de la **maîtrise de l'offre**, car ils biaisent le seuil fixé annuellement. Si certains pensent que les médecins ainsi formés amélioreront l'accès aux soins en France, il n'y a, en l'état actuel de la liberté d'installation, aucune raison d'espérer que les diplômés s'installent dans les zones sous-dotées.

Par ailleurs, le Conseil de l'Ordre des médecins souligne que ce contournement du *numerus clausus* est une **entorse à l'équité** par rapport aux étudiants en formation dans les universités françaises. Il ajoute que ces filières sont **souvent une sélection par l'argent**, car parfois très onéreuses (un cursus francophone dans une université roumaine coûte entre 3 000 et 5 000 euros par an). Sans compter que les étudiants se formant à l'étranger peuvent **manquer au pays qui les aura formés**.

Ce phénomène appelle une **réponse coordonnée au niveau européen**. Dans l'attente, certains pays, comme la Belgique et la France, ont pris des **mesures pour réguler les mouvements d'étudiants** (encadré 7).

[47] Quillet E. et Barthes R., "Recrutement de paramédicaux espagnols – Deux ans de fonctionnement du dispositif national", *Revue hospitalière de France*.

[48] "Informations pour la poursuite d'études de médecine générale ou dentaire en Roumanie", site de l'ambassade de France en Roumanie, 3 juillet 2012.

[49] Estimations du ministère des Affaires étrangères.

Encadré 7 :

Premières tentatives de régulation des contournements du numerus clausus

Afin de réduire le nombre d'étudiants formés puis quittant le pays, créant un manque pour le système de santé national, la Belgique s'est lancée dans une politique de régulation des flux. Un décret de juin 2012 fixe le **seuil de "non-résidents" admissibles dans les facultés de médecine à 30 %**. Si le nombre de candidatures l'excède, il sera alors procédé à un tirage au sort. **Une première tentative avait été condamnée par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE)** [jugement C-73/08 du 13 avril 2010]. Ainsi, sur les huit filières sanitaires pour lesquelles avaient été fixés des quotas en 2007, seules la kinésithérapie et la médecine vétérinaire avaient pu les conserver car la perte de professionnels dans ces domaines uniquement avait été alors jugée dangereuse pour la santé publique, argument permettant de réguler la liberté de circulation. En 2005, la CJUE avait déjà réproposé la position de l'Autriche qui désirait réduire l'afflux d'étudiants allemands^[50].

Pour réguler l'offre et maîtriser les dépenses, **la France a, quant à elle, réduit les possibilités de retour des étudiants**. Alors que nombre d'entre eux souhaitaient rentrer pour passer l'ENC (internat), un décret de 2011^[51] précise que ceux ayant échoué à deux reprises en première année de médecine ne pourront revenir effectuer leur internat en France et devront terminer leur spécialisation à l'étranger.

L'organisation des études médicales pose un problème plus spécifique dans le cadre de l'accueil d'étudiants étrangers lors de l'internat. En effet, l'intégralité des candidats qui se présentent à l'examen classant national obtient une spécialité. Il serait donc utile d'étudier la **possibilité d'imposer la maîtrise d'un certain niveau de langue**, comme il l'est exigé des étudiants hors Union européenne, afin qu'ils ne se forment pas dans des services sans pouvoir communiquer.

Si le suivi d'un cursus complet d'études à l'étranger déstabilise les mécanismes de régulation du nombre de professionnels formés, les **échanges de durée limitée** dans le cadre de **coopérations universitaires et hospitalières** sont, quant à eux, avant tout un mode d'**homogénéisation et d'amélioration des pratiques**. Cette possibilité devrait être **davantage exploitée**, notamment au sein de l'Union européenne et pour toutes les professions de santé. Des projets concourant à bâtir un **espace européen de santé** sont déjà soutenus par des fonds européens. À titre d'exemple, quatre hôpitaux psychiatriques néerlandais, belges et allemands ont coopéré dans le cadre d'un programme conjoint, lancé en 2004 et baptisé "Chronos". Deux fois par an, des élèves en psychiatrie ont été intégrés dans les services d'un des quatre établissements pour

compléter leur formation^[52]. Le programme "Hippocrates" permet aussi à des internes et des jeunes diplômés en médecine générale d'observer pendant deux semaines l'activité d'un cabinet dans un autre État membre.

Cependant, face à la complexité de la démarche, **peu d'étudiants en médecine en France complètent leur formation à l'étranger**. Dans le cadre du futur Erasmus pour tous (2014), un programme baptisé *Sector skills alliance – an opportunity in healthcare* sera dédié aux professions de santé et pourrait être l'opportunité d'encourager la mobilité des étudiants. Bien que la formation pratique soit de bonne qualité en France, découvrir un autre système peut être bénéfique. Afin que les internes intéressés soient rémunérés, que leur semestre soit validé et que leur départ ne pénalise pas les hôpitaux en termes d'effectifs, il serait opportun d'explorer la faisabilité d'échanges d'un même nombre d'internes entre établissements de l'Union européenne.

PROPOSITION 6

Encourager les centres hospitaliers universitaires à conclure des conventions bilatérales prévoyant des échanges d'internes avec d'autres établissements de santé de l'Union européenne.

CONCLUSION La mobilité est un enjeu majeur du marché unique européen. Elle exige toutefois une approche particulière en matière de santé. En effet, les mouvements de professionnels médicaux et paramédicaux modifient le fonctionnement des systèmes de soins. **Approfondir davantage les réflexions concernant les flux sur le continent semble ainsi nécessaire.** Bien encadrée, l'émergence d'un espace de santé européen pourrait permettre un accès plus universel aux soins, une plus grande diffusion des bonnes pratiques et des collaborations de recherche plus abouties^[53].

► **Mots clés :** professionnels de santé, mobilité internationale, formation, diplôme étranger, recrutement, démographie médicale.



Mathilde Reynaudi,
département Questions sociales

[50] Arrêt du 7 juillet 2005, Commission/Autriche, C 147/03

[51] Décret n° 2011-954 du 10 août 2011.

[52] Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K. et Van Ginneken E. (2011), *Cross-Border Health Care in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies.

[53] Remerciements : Y. Benanteur et C. Szekeley (Charles-Richet), G. Bouteille (ONCD), C. Bergeot-Nunes (SGAE), B. Cazelles (Groupement hospitalier Est des hospices civils de Lyon), F. Christophe (Conseil national de l'Ordre des sages-femmes), Y. Doutriaux (Comité bilatéral France-Québec), M.-L. Delamaire (chercheur associé à l'EHESP), J.-C. Faivre (ISNIH), O. Gross (CNOF), P. Hentsch (General Medical Council), F. de Kerchove (Fondation Roi Baudouin), C. Kremer, S. Frangeul et D. Laporte (Cnamts), J.-Y. Le Quellec (ARS Languedoc-Roussillon), S. Leroy (ARIME), P. De Munck (Return to Care), S. Ould-Zein (SNPADHUE), D. Perrotin et J.-L. Gérard (conférence des Doyens des facultés de médecine), J. Schmidt (SFMU), M. Schoenstein (OCDE), M. Soufflet-Carpentier et I. Mathurin (DGOS), A. Tornay et G. Le Breton (CNOM).

DERNIÈRES
PUBLICATIONS
À CONSULTER

sur www.strategie.gouv.fr, rubrique publications

Notes d'analyse :

- N° 307 ■ **Le rôle des entreprises dans la lutte contre la pauvreté** (novembre 2012)
- N° 306 ■ **Fraude, indus, non-recours : comment faciliter le juste paiement des prestations sociales ?** (novembre 2012)
- N° 305 ■ **Quel rôle pour l'Europe dans les négociations climatiques internationales ?** (novembre 2012)
- N° 304 ■ **Comment lutter contre le "climatoscepticisme" ?**
Risque climatique et opinions publiques (novembre 2012)
- N° 303 ■ **Rio + 20 : priorité à la lutte contre la pauvreté et au droit au développement** (novembre 2012)
- N° 302 ■ **Le service public de l'orientation tout au long de la vie** (novembre 2012)

Retrouvez les dernières actualités du Centre d'analyse stratégique sur :

-  www.strategie.gouv.fr
-  [centredanalysestrategique](https://www.facebook.com/centredanalysestrategique)
-  [@Strategie_Gouv](https://twitter.com/Strategie_Gouv)



La Note d'analyse n° 308 -
décembre 2012 est une publication
du Centre d'analyse stratégique

Directeur de la publication :
Vincent Chriqui, directeur général

Directeur de la rédaction :
Hervé Monange,
directeur général adjoint

Secrétaires de rédaction :
Delphine Gorges,
Valérie Senné

Dépôt légal : décembre 2012
N° ISSN : 1760-5733

Contact presse :
Jean-Michel Roullé, responsable
de la communication
01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr

Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre.



www.strategie.gouv.fr