

La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail Les effets d'une discrimination institutionnelle

*Yves LOCHARD, Christèle MEILLAND et Mouna VIPREY **

*L*es médias nous ont habitués à des images dramatiques d'Africains à l'assaut des frontières sud du continent européen, des enclaves espagnoles sur le territoire marocain, des Canaries, des îles italiennes à quelques encablures de la Tunisie... Pour être moins spectaculaire, la pénurie européenne de main-d'œuvre hautement qualifiée nourrit périodiquement le discours médiatique. Pour ce qui est des hautes technologies, on se souvient de la place faite au programme allemand d'ouverture des frontières à quelque 30 000 informaticiens indiens selon un système de permis proche de la « *green card* » américaine. Dans le cas de la médecine, le président du Bénin rappelait récemment qu'il y a plus de médecins béninois en Ile-de-France qu'il n'y en a au Bénin.

En France, les médecins employés dans les hôpitaux publics se sont mobilisés à plusieurs reprises ces dernières années. Ces mobilisations ont permis une médiatisation épisodique de la situation faite à cette immigration en cols blancs. Pour être réputée moins dramatique, pour concerner des flux sans commune mesure, la force de travail que représentent les médecins étrangers n'en est pas moins significative et, à travers le traitement que lui réserve la société d'accueil, riche d'informations sur les processus discriminatoires en général. C'est le pari de ce travail de contribuer à éclairer les processus institutionnels, les conduites collectives, les attitudes individuelles

* Chercheurs à l'IRES.

potentiellement porteurs de traitements différenciés, de rejets, de disqualifications symboliques ¹.

De manière générale, la position des actifs étrangers sur le marché du travail est régie par une législation particulière. La liberté de travailler ne fait pas partie des droits fondamentaux reconnus aux étrangers. L'interdiction faite à ces derniers d'exercer certaines professions diffère selon la nationalité et distingue fortement les ressortissants des pays de l'UE de ceux d'autres pays. Le souci de réduire, voire d'éviter la concurrence entre actifs européens et actifs non européens est désormais sous-jacent aux mesures juridiques et réglementaires régissant le droit au travail.

Tout salarié étranger postulant à un emploi est confronté à la question de l'équivalence de ses diplômes dans le pays d'accueil. Ainsi, une fois dans le pays d'accueil, l'étranger n'en a pas fini avec les frontières ; il doit encore affronter des frontières immatérielles mais bien souvent tout aussi difficiles à franchir que les frontières réelles. Pour qu'on le reconnaisse comme un salarié de plein droit, il a à se soumettre à une série de procédures d'équivalence à l'issue desquelles, il sera soit admis au cœur de la profession, soit rejeté à l'extérieur du cercle professionnel, soit bien souvent encore maintenu sur les marges de celles-ci, dans un espace incertain, ni dedans, ni dehors, ce qui est le sort de beaucoup d'entre eux pendant un temps plus ou moins long.

Dans le cas de la médecine, la spécificité et les caractéristiques de cette profession viennent se surajouter aux restrictions liées à la législation commune, celle qui concerne le travail des étrangers. Il faut noter que le caractère réglementé de l'accès à la profession est un facteur de rigidité et que cette rigidité peut entrer en contradiction avec d'autres logiques. D'abord la logique économique qui conduit à recourir à des médecins à diplôme étranger (DE) ² dont le coût pour l'hôpital est moindre. Ainsi, il existe de nombreux cas où les directions d'hôpitaux s'affranchissent des règles, les contournent, obtiennent des dérogations... Pour toutes ces raisons, il existe des écarts entre les principes affichés – une réglementation forte – et les pratiques réelles parfois en contradiction avec ces principes ou qui s'en affranchissent avec facilité.

1. Ce travail est issu d'une recherche menée pour le compte de la DARES. A travers une enquête comparative sur deux marchés du travail structurés par des règles d'organisation très contrastées, la médecine hospitalière et le secteur des télécommunications, il s'agissait d'apprécier d'éventuels phénomènes discriminatoires liés à chacun de ces secteurs. Le rapport final intitulé *La tête de l'emploi* (188 p.) a été remis en mars 2006.

2. Nous utilisons indifféremment les expressions « médecins à DE » et « médecins étrangers » pour désigner les médecins à diplôme hors Union européenne.

L'objectif principal ici est centré sur les destins professionnels des médecins étrangers ou à diplôme étranger hors Union européenne pour tenter de comprendre les processus de différenciations latentes qui s'opèrent avec les nationaux. On verra ce que leur situation doit aux conditions particulières d'organisation de la médecine en profession. Les éléments analysés dans ce texte ne nous semblent pas pour autant réductibles à ce seul domaine. Si elles présentent des spécificités, la situation décrite et les analyses que nous en tirons peuvent à l'évidence être élargies aux professions de santé en général. Les situations faites aux sages-femmes ou aux pharmaciens par exemple sont très proches de celles analysées ici. Au-delà de cet élargissement à des professions proches, ce sont des processus que nous avons tenté d'identifier et leur signification ne nous semble pas restreinte à ce champ d'observation. C'est le cas du rôle majeur joué par le droit et sa capacité à induire des conduites dans les discriminations en général. Parce que la discrimination est aussi un processus symbolique qui, à ce niveau de qualification, procède par présomption d'incompétence, préjugés, dépréciations obliques..., il est important de ne pas occulter comment la réglementation peut valoir autorisation à ce type de jugements. Par ailleurs, la discrimination, parce qu'elle est une interaction, suppose une coopération avec d'autres parties prenantes. C'est la raison de l'intérêt porté tout à la fois au cercle étroit des collectifs de travail et à ceux, plus larges, des associations professionnelles organisées en groupes d'influence, des syndicats organisant les nationaux, etc. Une telle approche situationnelle met en relief l'intérêt d'une étude des relations sociales observables entre les partenaires de la discrimination.

En ce sens, les leçons à tirer de l'exemple des médecins à DE excède sans doute leur seul cas. C'est aussi l'objectif de cet article que de le montrer.

Cependant, ces phénomènes ne peuvent être dissociés des caractéristiques propres au monde médical qui forme un marché fermé institutionnalisé. Ce cadre réglementaire général dont dépend largement la question des médecins à DE induit pour ces derniers des trajectoires professionnelles particulières, exposées à la précarité et à diverses formes de déclassement. Au-delà de ces contraintes, être médecin diplômé hors UE, c'est être confronté également à l'imaginaire de la société d'accueil qui nourrit des attentes stéréotypées à l'égard de cette catégorie de professionnels, vis-à-vis desquelles ils semblent en discordance et qui les conduisent à des adaptations de comportement.

Encadré 1.

Méthodologie

L'étude des discriminations pose, entre autres, une difficulté méthodologique identifiée de longue date par les chercheurs qui se sont intéressés à ces questions, la difficulté de poser scientifiquement, une « question qui ne se pose pas » (Préface de Roger Fauroux à *Les parcours d'intégration*, Haut conseil à l'intégration, Paris, La Documentation française, 2002) parce qu'elle a été longtemps tue et que beaucoup hésitent encore à la dire comme telle. De plus, comme l'écrit D. Fassin, « parler de discrimination raciale [...] c'est lever le voile sur une réalité jusqu'alors indicible dans l'espace public. Indicible, cette réalité l'est en effet à un double titre du point de vue de la société française : tout d'abord, parce que la discrimination met en cause le principe d'égalité qui constitue un fondement de l'idéologie républicaine dont se prévalent consensuellement les responsables politiques ; ensuite, parce qu'en la qualifiant de raciale, on signifie que l'inégalité puise sa justification dans des différences naturalisées, voire biologisées, de sinistre mémoire. » (Fassin, 2002:414).

A ces problèmes méthodologiques s'est ajoutée une difficulté de dénombrement conjuguée à une difficulté d'accès aux données qui ne tient sans doute pas uniquement au caractère lacunaire des informations. Il a fallu souvent recouper celles provenant de diverses sources pour approcher une réalité restée extrêmement sensible.

Ces éléments nous ont conduits à privilégier une méthodologie qualitative basée sur des entretiens semi-directifs approfondis. Ils apportent des informations, des données factuelles sur d'éventuels traitements différenciés, mais ils délivrent également des points de vue, des systèmes de valeurs, des grilles d'interprétation en fonction desquels ces événements sont saisis. Nous avons effectué vingt-trois interviews.

Il ne s'agissait pas de limiter les entretiens aux seuls médecins : le choix a été fait d'élargir nos investigations à des animateurs de diverses structures de représentation de la profession ainsi qu'à un certain nombre de responsables administratifs. Ainsi, ont été interrogés des :

- médecins à diplôme hors UE ;
- médecins de nationalité étrangère ayant un diplôme français ;
- responsables des syndicats de médecins ;
- responsables d'associations qui se sont constituées au cours de la dernière décennie pour défendre les intérêts des médecins (ou personnels de santé) concernés ;
- membres du bureau de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale ;
- responsables de l'administration hospitalière au ministère ;
- un ancien directeur des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris.

Marché ferme et profession réglementée

La question de l'accès de l'étranger au marché du travail ne se pose pas dans l'absolu. En dehors de la démographie, des besoins de main-d'œuvre qui la surdéterminent, cette question relève principalement de la nature du marché du travail et des règles particulières qui peuvent le caractériser.

Dans le cas de la médecine, on n'a pas affaire à un simple métier mais à une profession et aux privilèges qui lui sont associés. Elle est définie par un statut juridique, « un code de déontologie, loi commune de ses membres, et des institutions propres qui disposent, par délégation de puissance publique, du pouvoir de valider et de sanctionner les membres » (Paradeise, 1985 : 19). En tant que membres d'une profession, les médecins à DE sont tenus de se soumettre à un long processus de re-certification. Sans cette validation par les instances habilitées du pays où ils prétendent exercer, pas d'exercice possible de la médecine. De tels marchés du travail fermés visent à « protéger les travailleurs qu'ils emploient contre la concurrence sur le marché du travail général et, très largement, contre la concurrence interne entre collègues » (Paradeise, 1984 : 352) en définissant des attributs nécessaires à l'accès au marché en l'occurrence la nationalité du diplôme et la nationalité de la personne. On notera dans le cas français l'ambiguïté de ce phénomène de re-certification quand il s'agit de médecins ayant fait une partie ou la totalité de leurs études en France ou dans des pays anciennement colonisés qui restent héritiers de l'organisation universitaire française et où il arrive qu'une partie des enseignements soient encore assurés par des enseignants français. La re-certification apparaît alors comme une épreuve de validation supplémentaire et dès lors injustifiée voire injuste. Aux yeux des intéressés, il s'agit moins de re-certifier des compétences que de naturaliser un diplôme.

Dans le cas de la médecine, cette spécificité liée à ce statut de profession vient se surajouter aux restrictions liées à la législation commune, celle qui concerne le travail des étrangers ¹, en particulier celle qui régit l'accès aux postes de la fonction publique réservés aux Français ou Européens et conditionné à l'obtention d'un diplôme français ou équivalent, c'est-à-dire essentiellement européen. On a donc affaire à un système de discrimination qui fonde explicitement ses règles de restriction sur le statut de profession réglementée obéissant à des conditions de nationalité, de diplôme et d'inscription à l'Ordre des médecins.

1. *Une forme méconnue de discrimination : les emplois fermés aux étrangers. (secteur privé, entreprises publiques, fonctions publiques)*, Note numéro 1 du GELD, mars 2000.

Accès limité des médecins hors UE à certains statuts

La question de l'exercice des médecins à diplôme étranger prend sa place dans ce cadre réglementaire général. Elle présente néanmoins des particularités inscrites dans un long procès historique qui remonte à la Révolution française et conduit, à partir de la Troisième République à accorder des privilèges aux nationaux au détriment des étrangers ¹. C'est ce que S. Slama nomme « le privilège du national » (Slama, 2003).

C'est ce traitement différencié qui fait de la médecine non seulement une profession réglementée mais aussi une profession protégée. La réglementation stipule que trois conditions doivent être remplies cumulativement pour exercer la médecine :

- une condition de diplôme ;
- une condition de nationalité ;
- une condition d'admission par la profession elle-même (« inscrit à un tableau de l'ordre des médecins »).

Pour autant, cette réglementation n'a cessé d'être contournée par des procédures de recrutement plus ou moins anarchiques qui échappent largement à l'administration centrale.

L'instauration d'une réglementation sélective de recrutement des médecins à DE

La situation spécifique des médecins à diplôme étranger au sein de ce cadre général n'est pas atemporelle. Le caractère réglementé de l'accès à la profession de médecin est le produit d'un long processus historique (*cf.* encadré n°2). Depuis le début des années 1970 qu'existe la possibilité de recruter des médecins à diplôme acquis hors UE, la réglementation n'a cessé d'évoluer. Elle est un enjeu de luttes qui mobilisent les intéressés mais concernent aussi indirectement les médecins ayant obtenu un diplôme dans un des pays membres de l'UE et/ou ressortissant de ces derniers.

C'est à partir du milieu des années 80 que le nombre des médecins étrangers dans les hôpitaux publics croît sensiblement, et ce sous l'effet de la réforme des études médicales d'une part et de celle dite du « budget global » qui, cumulées, entraînent une réduction des postes budgétaires hospitaliers. En 1994, le professeur Mercadier écrivait que « le personnel médical étran-

1. *Cf.* Noiriel (2004 : 65-67). Comme le note Paradeise (1984 : 353), « la création de marchés du travail fermés et leur reproduction ne sont pas données par la nature des choses, mais construites par le comportement des acteurs, pourvus à un instant donné de systèmes d'opportunités propres, dont les interactions organisent, renforcent, entretiennent ou déstabilisent cette règle ».

Encadré 2.

Repères historiques

Ce privilège accordé aux nationaux est accentué à trois moments où s'exprime une recrudescence de la xénophobie.

Au début des années 1890 d'abord, où le contingent des étudiants en médecine étrangers augmente sensiblement (Halioua, 2002 : 22). Ils sont accusés de passe-droits, de prendre la place des Français. Dans ce contexte hostile, la loi du 30 nov. 1892 limite l'exercice de la profession « aux seuls médecins munis d'un diplôme délivré par le gouvernement français, sachant que ce diplôme ne peut être attribué que si au moment de sa première inscription l'étudiant justifie du baccalauréat français »¹. Faute de celui-ci, l'étudiant étranger est autorisé à s'inscrire en faculté de médecine et à recevoir un diplôme de fin d'études mais ne pourra exercer en France.

Si ce climat xénophobe et antisémite diminue après la Première guerre mondiale et si le ministère de l'Instruction publique revient à une politique d'équivalences et de dispenses, cette atmosphère reprend dès la fin des années 1920. La Confédération des syndicats médicaux français, arguant d'un « encombrement médical », demande la modification de la législation. Les étudiants en médecine étrangers sont comparés à « une horde de métèques » qui prend d'assaut les facultés françaises et va concurrencer les nationaux. La législation est alors modifiée pour limiter l'accès des étrangers à l'exercice de la profession. Promulguée en 1933, la loi Raymond Armbruster (sénateur et médecin) stipule qu'il faudra désormais remplir une double condition : être titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine et de la nationalité française. Simultanément, les équivalences des diplômes étrangers sont supprimées. La loi est même durcie à la suite d'un important mouvement étudiant et des appuis des médecins parlementaires prompts à défendre les intérêts professionnels de leur corps (Halioua, 2002 : 41). L'argumentaire le plus répandu conjugue une défense des intérêts économiques des nationaux – raréfaction de la clientèle, baisse des revenus... – et un discours ouvertement xénophobe sur la cupidité et le manque de conscience morale de ces médecins le plus souvent venus de l'Est.

En 1935, une incapacité temporaire vient frapper les naturalisés. Ils doivent avoir accompli leur service militaire ou, en cas de réforme, attendre pendant une période égale à celle du service ; la durée d'attente est double s'ils ont été exemptés ; enfin, un délai de cinq ans leur est imposé pour postuler à un emploi dans la Fonction publique (loi du 26 juillet 1935) (*cf.* Cerc-association, 1999).

La période de Vichy ne fera qu'accentuer l'ostracisme à leur égard, en particulier à l'égard des étrangers juifs. Selon la loi du 16 août 1940, « l'accès de la médecine est limité uniquement aux praticiens de nationalité française nés d'un père français, et ce avant 1927. Autrement dit les médecins étrangers installés, y compris ceux qui ont acquis la nationalité française après 1927 et ceux qui sont nés en France de père étranger, sont écartés de l'exercice de la médecine » (Halioua, 2002 : 63).

1. Halioua (2002 : 23-24). On notera le ton patriotique de l'article 1^{er} de la loi du 30 nov. 1892 : « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement médical de l'Etat ». *Cf.* également Léonard (1981).

ger rassemble 7 900 praticiens, soit 24 % du personnel médical des hôpitaux publics, considérés comme « infra-titrés » par l'autorité administrative ». Il notait que la plupart sont « originaires du pourtour méditerranéen et des pays de l'Est »¹.

Si, dès la rentrée de 1988, les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne bénéficient de la reconnaissance mutuelle des diplômes, ceux des pays hors UE qui disposent d'un diplôme de médecin délivré dans ces pays sont soumis à des règles spécifiques pour accéder à la spécialisation. Les médecins hors UE passent par des voies propres qui débouchent sur des diplômes et des attestations qui leur sont destinés. Ceux-ci n'ouvrent pas pour autant droit à l'exercice de la spécialité en France même si la personne a obtenu sa naturalisation.

De fait, ces médecins se trouvent cantonnés à des emplois précaires à l'hôpital : des postes de FFI (faisant fonction d'interne)², d'attachés associés nommés pour un an ou d'assistants hospitaliers associés nommés pour quatre ans qui sont souvent des FFI pérennisés. Ces statuts ne s'accompagnent pas d'un droit d'exercice en bonne et due forme. Ceux qui en relèvent peuvent exercer des fonctions de diagnostic, de traitement, de soins et de prévention mais l'ensemble de ces compétences est subordonné à l'autorité du chef de service.

A partir de 1995, le manque de médecins dans les hôpitaux est devenu un problème public. Plusieurs rapports³ émanant de divers organismes soulignent l'acuité du problème. Si le nombre de médecins pratiquant la médecine de ville augmente, la médecine hospitalière connaît une pénurie grandissante et ce depuis le milieu des années 80. L'extension du parc hospitalier, la création de nouveaux services a nécessité un accroissement du nombre de postes.

Les centres hospitaliers généraux (CHG) luttent tant bien que mal contre les vacances de postes en ayant recours à une « immigration silencieuse de près de 8 000 médecins à diplôme non européen, immigration

1. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 1994, 178, n°4, pp. 702.

2. Le sigle cache des situations disparates. Il peut s'agir soit d'« un étudiant en médecine qui a terminé ses études de médecine, qui a fini ses deux années de stage en qualité de résident et qui est en cours de thèse de doctorat en médecine ; soit d'un docteur en médecine inscrit en spécialité (DIS), en capacité ou en diplôme d'université (DU) ; soit encore d'un docteur en médecine qui a terminé sa spécialité (DIS), ses stages d'Internat de spécialité, c'est-à-dire 4 ans (après avoir réussi le concours d'internat) mais qui ne peut occuper un poste de chef de clinique parce qu'il ne possède pas la nationalité française ». Lettre du Dr. Ettahiri, président du comité des médecins à diplôme étranger, au rédacteur en chef de *50 millions de consommateurs* en novembre 1992.

3. Rapport J. Choussat, 1997 ; rapport G. Nicolas et M. Duret, 1998 ; rapport Amiel, 1998 ; rapport L. Abenhaïm, 2001 et plusieurs études de la DREES (Niel *et al.* 1999 ; Niel *et al.* 2000) ou d'autres organismes (Fromantin, 2000 ; URCAM, 2001 ; FNORS 2001).

dont le système de santé ne découvre l'ampleur qu'à la fin des années 90 » (Bui Dang Ha Doan, 2004 : 291). Les responsables de ces établissements retiennent les stagiaires venus de l'étranger. « De prolongation en prolongation, ces "temporaires" sont devenus des "quasi-permanents" sans en avoir le titre, ni les droits » (*ibid.* p. 321). Ainsi en 1995, le système hospitalier français emploie 7 500 médecins à diplôme non européen issus pour la plupart des anciennes colonies ou de zones francophones. A ces médecins, il convient d'ajouter des médecins immigrés ou réfugiés qui avaient obtenu l'autorisation d'exercice. En tout, on évalue le nombre total de médecins hors Union européenne à 10 000, soit 5 % de l'effectif de la profession. Leur présence est plus importante dans les spécialités où la main-d'œuvre est insuffisante et dans celles où astreintes et gardes sont les plus nombreuses.

Dans ce contexte de pénurie mais aussi d'insatisfaction et de mobilisation des médecins à DE, une nouvelle législation a vu le jour. La loi 95-116 du 4 février 1995 dite « loi Veil » a institué un nouveau statut, celui de « praticien adjoint contractuel » (PAC). Cette loi a permis à beaucoup de médecins à DE de bénéficier d'un statut créé dans une logique de stabilisation relative des personnels et visant à un redéploiement partiel des effectifs vers les hôpitaux de province. Ce statut, appelé à disparaître quelques années plus tard, ne leur donnait pas la possibilité d'obtenir la plénitude de l'exercice mais seulement d'exercer leurs fonctions « sous l'autorité d'un praticien hospitalier ». En 1996, 1997 et 1998, des épreuves d'aptitude ont été organisées pour les seuls praticiens ayant exercé au moins trois ans sans interruption dans le service public hospitalier. « Louable dans ses intentions, le dispositif écarte de fait une bonne partie des prétendants et dessert finalement l'intégration des médecins », notait un observateur (*Le Monde*, 26 oct. 1995). Si bien que la loi instaurant le statut PAC a débouché sur l'exclusion d'une majorité d'entre eux ¹.

Selon Cyril Wolmark, « la loi du 4 février 1995 plongeait ses racines politiques dans les velléités de réduction du budget de la santé publique et dans un contexte juridique xénophobe. Elle se présentait, à l'image de bien d'autres lois attentatoires aux droits des immigrés, comme une loi d'intégration, celle des médecins à diplôme étranger à l'hôpital. L'intégration, masque affable de l'exclusion.[...] Ce dispositif visait à écarter purement et simplement

1. En 1996, « 49 % seulement des praticiens qui ont été autorisés à passer les épreuves d'aptitude indispensables pour décrocher le PAC ont été reçus, soit 1 036 médecins sur 2 126 candidats admissibles. 4 200 praticiens au total s'étaient inscrits au concours. Cette sélection s'est « faite selon les besoins des hôpitaux en spécialistes et non pas en fonction de [leur] compétence », déplore le comité des médecins à diplôme étranger (CMDE) » (*Le Monde*, 8 fév. 1997). En 1997, sur 3 277 inscrits au PAC, 913 ont réussi. En 1998, ils ont été 1 216 (2^{ème} session pour année 98). Pour les trois années, 3 165 ont obtenu le statut de PAC.

de la médecine la moitié des médecins à diplôme étranger alors en poste. Certains d'entre eux se sont retrouvés au chômage, d'autres ont continué à travailler en tant qu'infirmiers ou aides-soignants, d'autres encore ont perdu leur titre de séjour ». (Wolmark, 2001).

Quelques années plus tard, la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture maladie universelle (CMU) fait le constat de l'échec de la diminution de la demande en réduisant l'offre. Elle admet que le *numerus clausus* est trop faible. Celui-ci augmente alors progressivement de 3 700 en 1999 à 6 200 en 2005 auxquels il faut ajouter 100 passerelles réservées aux étudiants des grandes écoles. La loi CMU fait le constat qu'il existe de nombreux médecins hors UE. Ceux qui auront trois ans d'exercice et qui obtiendront le CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique), avec ses deux épreuves écrite et orale, pourront passer devant une commission pour obtenir le droit d'exercer sans restriction la médecine. Mais il existe des quotas si bien que certains peuvent être admis au CSCT et être refusés par la commission. Le ratio entre ceux qui sont reçus mais qui finalement n'obtiennent pas la plénitude d'exercice varie considérablement selon les périodes. Ainsi, la proportion d'autorisations ministérielles est très faible entre 1990 et 1996 (de 4,7 % à 10 %) mais dépasse toujours 33,3 % entre 1997 et 2002, années de rattrapage.

Quant à ceux qui auront six ans d'exercice de la médecine en France, la loi prévoit qu'ils pourront passer devant une commission mais sans régime de quotas. Jusque-là, les différents ministres de la Santé ont suivi les avis de la commission. Avec cette modification législative, un nouveau palier dans l'intégration de ces médecins est franchi. En cinq ans (de 1998 à 2003), plus de 10 000 médecins à diplôme hors UE ont ainsi été autorisés. Enfin, pour ceux qui avaient échoué à toutes ces épreuves, une commission de recours a été créée.

Ceci étant, après toutes ces mesures, et selon le dénombrement officiel le plus récent, « on peut estimer à environ 7 000 le nombre de praticiens à diplôme hors UE exerçant en France sans la plénitude d'exercice. Plus de 4 000 sont en formation et ont vocation à rentrer dans leur pays, après avoir acquis une attestation de formation spécialisée, dans le but d'en faire bénéficier leur système de santé d'origine ; et près de 3 000 exercent en tant que praticiens "attachés associés" ou "assistants associés" dans les hôpitaux publics »¹.

Depuis 2004, une Nouvelle Procédure d'Autorisation (NPA) a été instaurée. Le principe est de recruter les meilleurs médecins étrangers pour les

1. Communiqué de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé et des Solidarités, 12 janvier 2006.

spécialités dans lesquelles la France a des besoins ¹. C'est un système très sélectif – on choisit les meilleurs – qui a une visée de santé publique – combler les déficits dans certaines spécialités.

Avec la NPA en effet, la politique de gestion des ressources humaines est en pleine reconversion et tend à s'orienter nettement vers une politique de sélection de la main-d'œuvre étrangère. Cette inflexion de la politique de recrutement de médecins étrangers s'inscrit dans cette logique de « diversification » des profils, euphémisme qui suggère qu'il faut attirer moins d'étudiants africains (Maghreb et Afrique noire) – ils représentent 54 % du total des étudiants étrangers en France – et plus d'Asiatiques ou d'Américains. Les salariés étrangers des hôpitaux français, en majorité originaires d'Afrique noire ou d'Afrique du Nord, sont la plupart du temps perçus comme une main-d'œuvre utile certes mais complémentaire, par défaut.

Ceci dit, un tel empilement de procédures au fil des ans aboutit à un enchevêtrement inouï de situations qui débouche sur des textes réglementaires rappelant inmanquablement en préambule « les conditions d'exercice de la médecine en France » pour aussitôt multiplier des « cas particuliers », « situations particulières » qui débouchent sur des autorisations temporaires ou des dérogations ².

Des parcours professionnels heurtés

Une fois recrutés dans un hôpital public, le plus souvent dans des conditions de précarité plus ou moins marquées, ces médecins n'entrent pas pour autant dans le cadre commun. A plusieurs égards, leur altérité n'est que partiellement réduite. Qu'il s'agisse de leur trajectoire professionnelle, de leur statut symbolique ou encore de leurs relations au sein du collectif de travail, leur situation semble demeurer durablement différente.

La formation : un sésame pour l'emploi ?

La première tension perçue est la difficulté souvent énoncée de se faire reconnaître et de faire reconnaître ses diplômes étrangers. La partition entre diplômes étrangers des pays de l'Union européenne et diplômes étrangers

1. La NPA se déroule en trois phases : un concours sélectif avec 4 000 candidats (dont 3 000 pour la médecine) pour 260 postes (200 médecins [il faut être docteur en médecine] ; 15 odontologistes ; 30 sages-femmes ; 15 pharmaciens) ; les premières épreuves ont eu lieu en février-mars 2005. Ensuite, les lauréats exerceront pendant 3 ans dans les hôpitaux français. A l'issue de cette période, une commission se prononcera sur la pérennisation de leur fonction au vu d'une évaluation du chef de service.
2. Cf. la récente circulaire du 1^{er} mars 2007 relative aux conditions d'exercice et de recrutement en France des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens. (N°DHOS/M1/M2/DPM/DM12/2007/85)

hors Union européenne est instituée, inscrite dans la loi. Les professionnels eux-mêmes semblent souvent avoir intériorisé une telle hiérarchie des qualifications obtenues à l'étranger.

Certains médecins à diplôme étranger optent pour des diplômes de spécialité qui n'existent pas dans leur pays (c'est le cas notamment de la gériatrie, du traitement de la douleur...) : ces formations leur permettent aussi d'obtenir un stage et d'intégrer le monde hospitalier ou de s'y maintenir.

Malgré tout, certains médecins à DE ont parfois du mal à trouver un stage dans un service exerçant leur spécialité : dans ce cas, ils reçoivent une formation dans une certaine spécialité et font un stage dans une autre. On

Encadré 3.

Les diplômes spécifiques aux médecins étrangers

En France, dans le cas de la médecine, afin de dissocier la formation, l'obtention de diplômes et l'autorisation d'exercer, ont été mis en place par la profession et le ministère de la Santé toute une série de diplômes spécifiques pour les étrangers. Rappelons leur variété et les limites qu'ils instaurent.

- Le DIS (Diplôme Interuniversitaire de Spécialisation) correspond au DES de la même spécialité. L'accès est conditionné par la réussite à des épreuves de sélection.
- L'Attestation de Formation Spécialisée (AFS) et l'Attestation de Formation Spécialisée Approfondie (AFSA), créées en 1992, reprennent une partie de la formation théorique et pratique des DES et DESC correspondants. Ces formations ne sont pas diplômantes. Elles n'ouvrent pas le droit à l'exercice de la spécialité en France.
- L'AFS s'adresse à de jeunes médecins étrangers en cours de spécialisation, auxquels est offerte la possibilité de passer 1 ou 2 ans (2 à 4 semestres) en France. Cette formation s'effectue avec l'accord du responsable universitaire du pays d'origine.
- L'AFSA concerne des médecins étrangers spécialistes confirmés et souhaitant, à titre personnel ou non, parfaire leurs connaissances dans un secteur de leur spécialité. Elle est conçue de la même façon que l'AFS mais avec une durée plus courte (1 à 2 semestres). [...] Les AFS et AFSA n'entraînent pas automatiquement une rémunération pour les stages pratiques en hôpital.
- L'Internat à titre étranger. Ce concours annuel s'adresse aux médecins non issus de l'Union européenne.
- Les DU (Diplômes d'Universités), les DIU (Diplômes Interuniversitaires) « constituent des formations d'appoint. Mais elles ne sont pas qualifiantes, c'est-à-dire permettant l'exercice d'une spécialité. Ils n'ouvrent pas l'accès à des stages hospitaliers rémunérés ».

assiste à une véritable contradiction entre l'offre de formation et leur intégration dans l'univers hospitalier.

Cette analyse en terme de formation confirme d'autres études sur ce domaine. Ils sont plus nombreux à cumuler des diplômes que leurs confrères européens (90 % en possèdent au moins deux et 17,9 % en affichent plus de quatre contre seulement 1,6 % des médecins européens). Ce « cumul des diplômes peut être perçu comme une aspiration à montrer qu'ils sont au même niveau que leurs confrères nationaux. C'est également un moyen de prolonger leur formation en France, de différer un retour difficile dans leur pays d'origine ou d'attendre une naturalisation » (Coldefy, 1999 : 53).

A l'hôpital, être en formation donne au médecin étranger la possibilité de rester en France, d'avoir un statut. Pour toutes ces raisons, les médecins non européens connaissent des phases de formation et des délais d'insertion plus longs que leurs confrères européens. Une proportion infime (moins de 2 %) des diplômés hors UE exercent en France avant l'âge de 35 ans alors que près de 20 % des diplômés européens appartiennent à cette tranche d'âge (cf. Couffinhal, Mousquès, 2001).

Un passage obligé par la précarité

La fragilisation des parcours professionnels a franchi le barrage du diplôme : en effet, si auparavant la notion de précarité était essentiellement utilisée pour caractériser des formes d'emplois peu ou pas qualifiés, actuellement, la précarisation semble toucher une proportion importante de la population salariée y compris parmi les médecins.

Dans une situation où les médecins sont contraints de trouver eux-mêmes un poste disponible, ces situations apparaissent classiques : « Je me souviens quand j'étais FFI, on ne choisissait pas son poste. Il m'est arrivé d'envoyer 100 demandes avec une réponse ou deux réponses négatives ; parce qu'il n'y avait pas le choix à l'époque pour les postes, c'est à vous de trouver le poste validant... On ne se donnait même pas la peine de vous répondre. Ah non, non... on se surnommait à ce moment-là les tâcherons... » (médecin à diplôme étranger).

Dans ce type de situations, ils sont nombreux à incriminer sinon un racisme avéré au moins une prévention à l'égard de l'étranger qui peut se traduire par des réponses dilatoires, des dérobades (« on vous recontactera » ; « le poste est pourvu »). Les conditions d'insertion dans l'emploi sont de plus en plus heurtées et ne correspondent pas obligatoirement au niveau de qualification de la personne. Aussi, ce passage par l'emploi précaire est loin d'être facilement assumé par les personnes qualifiées et beaucoup le vivent

comme une injuste régression. De la même façon, cette transition par l'emploi précaire risque d'avoir un impact non négligeable sur la carrière professionnelle du salarié. Les effets de ce travail précaire peuvent aussi se répercuter sur le salarié lui-même, qui peut alors douter de lui-même, de ses capacités, mais aussi influencer les employeurs potentiels qui les lisent comme un signal négatif : « L'histoire passée compte et les étapes antérieures ont un impact sur les étapes ultérieures » (Chauvel, 2006).

Cette inscription dans le précaire pèse sur la vie des personnes. Elle est porteuse d'effets durables. Ces situations sont lourdes non seulement de blessures d'amour-propre, les individus estimant leurs compétences non reconnues, déniées par la société d'accueil mais cette précarité d'entrée de carrière se traduit aussi par une différence sensible avec leurs confrères européens.

D'autres soulignent les mêmes difficultés en rendant compte de la complexité de la situation et de l'obligation dans laquelle ils sont de travailler davantage : le choix de faire davantage de gardes de la part des FFI est une des conséquences de leurs salaires nettement plus faibles que ceux des internes. De fait, à la précarité dans l'emploi (les stages de FFI sont des CDD – tout comme d'ailleurs les stages d'interne) s'ajoutent la précarité des revenus et celle des conditions de travail ¹. « Quand on est FFI, on fait plus de gardes, c'est évident. La répartition des gardes se fait à parts égales entre FFI et internes sauf si les FFI veulent faire plus de gardes. Il existe trois types d'internes : les IMG (Interne de Médecine Générale), les internes de spécialités (DES) et le FFI. Ce dernier est nettement moins payé mais la différence n'est pas trop grande. Si le FFI veut faire le même nombre de gardes que le diplômé français, il peut » (médecin à diplôme étranger). La précarité vécue par ces salariés a aussi bien évidemment des répercussions sur la situation matérielle présente et future des individus, en terme de difficultés financières présentes et futures (revenus et retraite ²) ; d'évolution de carrière ainsi que dans les conditions de travail.

De la ségrégation sociale et spatiale au déclassement

Ces statuts précaires semblent souvent conduire à des formes de ségrégation sociale, de relégation dans certains secteurs professionnels ou géographiques. Relève sans doute d'une telle ségrégation, la surreprésentation des

1. En 1994, la garde d'un FFI coûtait 20 % de moins que celle d'un résident ou d'un interne de spécialité et un établissement hospitalier économisait 5 % des émoluments annuels d'un assistant en embauchant un assistant associé (Denour, Junker, 1995 : 154-155).

2. Comme la question des immigrés âgés a surgi plus tardivement comme question sociale, celle des retraites est désormais posée par les syndicats de médecins à DE dans leurs discussions avec les instances ministérielles.

médecins à DE dans certaines spécialités délaissées par les médecins français, comme l'anesthésie-réanimation ou la psychiatrie.

La division sociale du travail qui prévaut au sein du monde hospitalier avec ses disciplines plus ou moins prestigieuses semble parfois confiner à une division ethnique du travail. Les médecins étrangers étant quasiment exclus de la « noblesse médicale » des PU-PH, professeurs des universités-praticiens hospitaliers (*cf.* Balazs, Rosenberg-Reiner, 2005).

La répartition géographique des médecins à DE est elle-même, autant qu'on puisse la décrire avec précision, un bon indice de ces phénomènes ségrégatifs. Ils sont nombreux à se trouver relégués dans les hôpitaux généraux des petites villes ou dans les zones rurales. Outre le cas des médecins libéraux qui sont contraints de s'installer dans les quartiers où leur clientèle naturelle – entendons ethniquement homogène – est présente majoritairement, on peut citer le cas des FFI qui trouvent plus facilement des postes dans les CH que dans les CHU. Le phénomène n'est pas indépendant de l'évolution démographique qui se traduit par une diminution progressive des internes.

Selon les données de 2001, « les CHU ont moins recours que les autres établissements aux médecins étrangers, signe sans doute de moins grandes difficultés de recrutement (6,2 % dans les CHU, contre environ 10 % dans les autres établissements). Le taux de médecins étrangers est le plus important dans les petits établissements, de 300 à 500 agents »¹.

Par ailleurs, si certains médecins à diplôme étranger sont parfois directement victimes d'attitudes racistes de la part des patients lorsque ces derniers s'autorisent à remettre en cause leur décision clinique (refus d'un examen par exemple) ou annoncent carrément dans la salle d'attente d'un service hospitalier, « je ne veux pas passer avec le Noir », les griefs dominants s'adressent à leurs employeurs. Ils ont le sentiment d'être « mal employés », « sous employés », d'être « déclassés² », celui de ne pas être utilisés à la plénitude de leurs capacités. La crainte d'être déclassé renvoie à la crainte de ne pas être reconnu pour ce qu'on est. Le déclassement génère nécessairement un sentiment de désenchantement : on doit alors rogner sur ses propres ambitions ou tenter de trouver une solution en engageant un cycle de formation ou une reconversion professionnelle. Bien souvent, les personnes ont le sentiment d'avoir été trompées. L'amertume peut alors remplacer la déception : « Si c'était à refaire, je ne le referai pas. Quand j'étais en 6^{ème} année au Maroc, les

1. Données sociales hospitalières (Bilan social 2001).

2. On considère comme déclassée toute personne en emploi dont le niveau de formation initiale est supérieur au niveau requis « normalement » pour le poste qu'il occupe.

anciens nous disaient “ne venez pas, c’est la galère”, c’est un peu comme les autres immigrés » (médecin à diplôme étranger).

Cette déception, cette déconsidération sont aussi pour une bonne part en quelque sorte entérinées par un salaire inférieur. Ce sentiment peut être très fort puisqu’il est la conséquence de la nationalité du diplôme, et que les remèdes à ce déclassement sont limités. Par ailleurs, pour des individus qui avaient la conviction que les études préservaient de l’échec professionnel et assuraient une place hiérarchique élevée, c’est la désillusion.

Ces salariés sont véritablement les acteurs, au plein sens du terme, de leur mobilité. La déception devant les obstacles de toute nature qu’ils rencontrent est à la mesure de leur démarche volontariste. Pour certains, l’arrivée en France marque même un coup d’arrêt dans ce trajet de mobilité ascendante. Les attentes déçues sont d’autant plus difficiles à vivre par ces personnes qu’elles paraissent référées à un critère inacceptable, leur origine. Ainsi, un soupçon tenace de discrimination finit par s’installer durablement chez certains.

Le déclassement peut parfois se traduire par une véritable relégation dans des statuts de second ordre. Les témoignages sont nombreux sur des cas de ce type comme celui de ce chef de service en cardiologie qui, après avoir fui son pays pour des raisons politiques, se retrouve à exercer avec un statut de FFI : « Ils sont FFI et pourtant ils ont une grande compétence : ils sont médecins. Moi j’étais scandalisé quand j’étais à Fontainebleau, il y avait dans un service un monsieur qui était chef de service de cardiologie dans son pays et qui était employé ici comme FFI. Cela m’a choqué. C’est de la discrimination, de la rétrogradation. Il était venu ici car il était opposé au régime en place dans son pays et il est venu gagner ici 1 200 euros. La discrimination est issue de deux choses : d’une part il y a la loi qui dit qu’une personne ayant un DE non UE ne peut pas exercer en France, c’est vrai, et puis il y a les FFI. Ce qui est incroyable c’est qu’un professeur prenne dans son service en tant que FFI un autre professeur alors que le chef de service peut dans ses prérogatives le nommer chef de clinique (pendant une période limitée). Il peut le nommer à un poste où le titre serait un titre plus gratifiant » (médecin français d’origine sénégalaise).

Nombreux sont ceux à noter une butée à un certain moment de leur carrière. Cette fracture ou tout du moins cet arrêt dans l’évolution de carrière leur apparaît pour la plupart totalement injustifiée. Les carrières des médecins étrangers sont affectées de plusieurs manières. Dans leur rythme de progression d’abord. Ils mettent plus longtemps à atteindre le niveau hiérarchique de leurs confrères. Ceux d’entre eux qui y parviennent malgré tout paient leur altérité d’une stagnation prolongée dans des statuts précaires. Ils

sont contraints de passer par des paliers aux statuts incertains et la durée de ces phases intermédiaires est soumise à des pouvoirs discrétionnaires dont les règles leur paraissent largement arbitraires voire discriminatoires.

Statuts et effets symboliques et sociaux

A côté du déclassement institutionnel qui se traduit par des statuts moins favorables et des conditions de travail plus difficiles, les personnes interviewées témoignent également d'une déqualification symbolique corrélée à ces derniers et contre laquelle elles sont contraintes de lutter continûment.

Une déqualification symbolique

Il ne suffit pas en effet d'être admis à exercer sa profession, il importe aussi d'être reconnu comme apte à l'exercer par ses collègues et par le collectif de travail. C'est une autorité symbolique que la qualification à elle seule ne suffit pas à conférer.

Les témoignages des médecins à diplôme étranger dont la situation a été régularisée et qui ont désormais un poste stable donnent à penser que, dans ce cadre, subsistent des formes sociales de discrimination. Le collectif est un espace professionnel où collaborent plusieurs catégories de professionnels avec leurs identités propres, des modes de rapports régulés, installés dans des traditions. Il est important de situer les infirmières dans ces jeux de relations de pouvoir vu le nombre d'allusions qui sont faites aux difficultés qu'auraient les médecins à DE avec elles. « Le docteur a traditionnellement la totale responsabilité de la prise de décision pour le traitement. Pour orienter son diagnostic, il synthétise les observations de plusieurs sources : le dossier médical, l'examen physique, les résultats d'analyse et parfois l'avis des autres praticiens et spécialistes. Mais le facteur important est l'information qu'il reçoit de l'infirmière. L'interaction à travers laquelle cette information passe est intéressante et unique... A observer de près, on voit que les infirmières font des suggestions de plus ou moins grande valeur, à tout moment, et le docteur les prend en compte volontiers et avec reconnaissance si elles sont faites adroitement et sans insolence. Le médecin, alors, les prend au sérieux et l'interaction respecte les règles du jeu. [...] Une des règles du jeu est qu'un désaccord ouvert doit être évité à tout prix. C'est pourquoi l'infirmière doit faire des recommandations sans en avoir l'air et le docteur, en demandant un renseignement, doit faire semblant de ne pas le demander ¹ ».

1. Leonard I. Stein, « The Doctor-Nurse Game », *Archives of General Psychiatry*, n°16, juin 1967, p. 699, cité par J. Peneff, *op. cit.*, p. 174-175.

Selon certains médecins à DE, elles ne semblent pas toujours s'embarrasser de telles précautions. « Il a fallu un certain nombre d'années, beaucoup d'années. C'est-à-dire il faut avoir fait ses preuves pour avoir une certaine reconnaissance. Mais pour en arriver jusque-là, il faut du chemin et puis beaucoup d'abnégation. La première chose à faire, c'est vis-à-vis du personnel infirmier... c'est le plus gros du travail. Vis-à-vis du personnel infirmier, c'est très dur. C'est parce qu'on est jugé, on est déjà jugé même pas en tant que médecin. Le premier jugement, on est étranger. Après on est jugé en tant que médecin ; or je pense que ce n'est pas leur rôle de juger de la qualité d'un médecin [...]. Ils estiment déjà qu'étant de formation étrangère vous avez une formation incomplète qui n'est même pas l'équivalent de la formation d'une infirmière. C'est la conclusion que j'en tire, ça n'engage que moi. Certains le prennent mal, d'autres s'emportent et puis après c'est des accrochages à gauche et à droite, chose que je n'aime pas spécialement » (médecin à diplôme étranger).

Dans d'autres cas, les médecins à diplôme étranger ont le sentiment d'être utilisés du fait de leur statut comme une main-d'œuvre bon marché devant être disponible à tout moment, ne pouvant refuser des contraintes supplémentaires imposées (gardes, astreintes).

Un autre élément prégnant dans les témoignages concerne la reconnaissance du parcours et des compétences des salariés étrangers ou à diplômes étrangers. Ils doivent la gagner progressivement au prix d'efforts, d'épreuves et de preuves plus nombreuses que leurs collègues. La qualification – les diplômes – ne suffit pas ou plus exactement, elle est *a priori* frappée de suspicion, mise en doute souvent alors même que l'essentiel du cursus s'est effectué en France. Nombreux sont ceux qui décrivent ce travail patient, les efforts, la persévérance nécessaire. Ici, la discrimination bien qu'elle ne soit pas juridiquement constituée – elle est « introuvable » comme l'écrit D. Lochak, (1987 : 790) – n'en revêt pas moins un sens fort, celui que cette auteure identifie à une exclusion. Il semble bien s'agir d'un stigmat, d'un déni de compétence attaché à un « groupe défini par des caractéristiques intrinsèques, "naturelles", sur lesquelles les intéressés n'ont pas de prise ». Les témoins s'accordent à trouver excessif le temps de la confiance. Des expressions comme « les médecins à accent », « les diplômes Bonux » reviennent comme un *leitmotiv* dans ce qui est dénoncé par les médecins interrogés.

A cela, se surajoute une hiérarchisation qu'on pourrait dire géopolitique. Elle oppose les diplômes UE versus hors UE ; les diplômes obtenus aux Etats-Unis versus ceux obtenus en Afrique ; ceux des pays de l'OCDE versus ceux du Tiers Monde. Ainsi, il existe une cote des diplômes qui se traduit en

progression de carrière, niveau de revenus, gratifications symboliques... Cette hiérarchie géopolitique des diplômes n'est pas exempte d'effets symboliques. Aux yeux de beaucoup de salariés étrangers, la frontière est mince entre une hiérarchisation des diplômes et une hiérarchisation de leurs titulaires. De fait, n'existe-t-il pas un risque de passer de « ce que valent les diplômes » à « ce que valent les hommes » ? En tout cas, c'est ainsi que certains semblent le vivre.

Les dilemmes de statut peuvent parfois induire des difficultés d'assumer des fonctions d'autorité quand on est étranger ; dans le regard d'autrui, il semble exister une contradiction entre l'origine ethnique de la personne et le fait d'assumer un rôle hiérarchique. Cela croise une représentation très répandue dans l'imaginaire collectif qui assimile l'étranger, en particulier l'Africain et le Maghrébin, à des tâches d'exécution, aux travaux du bâtiment, aux emplois de terrassier... Certaines infirmières qui partagent l'opinion ordinaire, perçoivent l'origine étrangère comme en contradiction avec le statut de médecin et hésitent sans doute entre les appréhender et les traiter comme étrangers, noirs... ou comme professionnels. De l'arbitrage qu'elles font entre ces deux traits dépend le comportement qu'elles adopteront à leur égard. Rien ne semble acquis pour les professionnels issus de minorités visibles ; telle ou telle circonstance peut les ramener à leurs propriétés accessoires, rabattre leur professionnalité sur des propriétés non pertinentes, leur couleur de peau, leur origine ethnique et faire passer au second rang leur statut professionnel qui devrait prévaloir sur leur étrangeté.

Une assignation symbolique produite par le droit

De telles pratiques ne peuvent être dissociées du cadre légal dans lequel les salariés étrangers ou ayant obtenu leurs diplômes à l'étranger sont identifiés quand ils exercent en France. C'est à travers le filtre de ces désignations administratives qu'ils sont appréhendés non seulement dans leur prise en charge par les services concernés mais plus largement par leurs collègues et par eux-mêmes. Ainsi ces statuts administratifs sont largement repris au-delà de la sphère administrative. Ils tiennent lieu d'identité, constituent des signes d'identification pour – et au sein de – la communauté professionnelle.

L'identité professionnelle des médecins à DE s'est construite progressivement au fur et à mesure des évolutions de leur statut, au fur et à mesure que celui-ci s'inventait ou se précisait pour les besoins de la cause. Dans leur cas, elle s'est construite dans le cadre de catégories administratives émergentes, *ad hoc*, créées à seule fin d'en faire un groupe distinct, de ne pas les assimiler au sort professionnel commun.

Les mises en cause de politiques qualifiées de discriminatoires constituent un véritable *leitmotiv* au sein de l'hôpital public comme en témoignent les mouvements sociaux récurrents depuis le début des années 1990. Les témoignages recueillis corroborent une telle mise en cause. Les logiques de catégorisation qui s'appliquent au monde médical sont vécues par les intéressés comme une assignation symbolique produite par le droit.

Comme le déclare un chef de clinique assistant, à l'occasion de l'appel à la grève de décembre 2006 par le Syndicat national des praticiens à diplôme hors Union européenne pour « dénoncer la précarité du statut et la faiblesse des rémunérations », « je n'ai pas de problème avec l'hôpital, j'ai un problème avec le ministère »¹. « Il y a une discrimination de l'Etat ; il vous met dans une case à part. J'ai fini mon année de stage, puis j'ai passé le concours de spécialité, le DES en 95 (à titre étranger). Je ne l'ai pas eu ; c'est le concours qui permet de devenir interne de spécialité. La loi Veil a mis à la porte de nombreux FFI ; et puis, ils ont inventé le PAC ; ils posaient des conditions ; ceux qui ne les remplissaient pas : dehors. Je n'ai pas eu le PAC mais j'ai été recruté en tant que FFI, c'était du travail au noir à l'hôpital » (médecin à diplôme étranger).

Statuts et stigmatisation

Les différents statuts maintiennent la différence, la figent, la durcissent même, en lui donnant une sanction juridique quand ces médecins souhaiteraient rejoindre le statut commun.

Le fait de distinguer au sein des hôpitaux des groupes professionnels par les statuts, non en fonction des seules compétences professionnelles mais par l'origine du diplôme (UE/hors UE), aboutit à introduire du discret dans du continu. A compétence égale et à charges semblables, on est ou on n'est pas praticien hospitalier (PH), on est ou on n'est pas « associé ». Dans un métier où la part de l'équation personnelle est primordiale, cela aboutit à accentuer la tension entre cette équation personnelle (reconnue à travers la difficulté des tâches qu'on leur confie, les responsabilités qu'ils assument) et l'étiquetage social sous des statuts dévalorisants. Il n'est pas rare que la première entre en conflit avec la seconde et que les intéressés vivent dans la souffrance ce décalage entre une reconnaissance traduite quotidiennement dans la pratique et une absence de reconnaissance statutaire.

Ainsi les catégories et les statuts qu'elles instaurent confortent l'altérisation des groupes concernés en tant que groupe. Alors que cette population

1. « Hassan El Fertit, médecin étranger en grève », *Midi libre*, 19 déc. 2005.

est caractérisée par une multiplicité d'origines – donc de caractéristiques différentes (physique, langue, culture, religion, coutumes) –, elle est perçue unitairement comme un groupe distinct, sans traits individuels. Seule importe l'origine de ses membres – et on ne porte attention qu'à celle-ci –, leur couleur de peau qu'ils partagent avec des milliers d'autres. Ils sont distingués par un processus de nomination (les « FFI »...) qui est toujours simultanément un acte de définition implicite.

Les luttes des médecins à DE sont aussi des luttes de nomination et donc de classement. Ils entendent être nommés comme leurs confrères, et donc classés selon les mêmes catégories. La façon dont le monde professionnel est structuré, les lignes de partage entre différentes catégories indiquent la manière dont il est organisé, i.e. dont les forces qui ont ce pouvoir d'organisation, le conçoivent. Force est de constater que ce classement à la fois distingue, met à part et infériorise. En même temps qu'il nomme, il minore et donc déprécie ceux qu'ils désignent comme des suppléants, des auxiliaires (« faisant fonction », « associé ») à côté des titulaires, de ceux qui exercent avec un titre.

Mais à chaque étape de leurs luttes, en fonction de la vigueur des mobilisations et des nécessités (besoins dans telle spécialité déficitaire...), des procédures dérogatoires font leur apparition. Elles ne parviennent pas pour autant à régler l'ensemble des problèmes et laissent malgré tout sur le côté des candidats qui persistent à revendiquer leur intégration au nom de leur ancienneté dans le système. Ainsi, pour le ministère de la Santé, la Nouvelle Procédure d'Autorisation (NPA) était censée régler les problèmes alors qu'il n'est pas exclu qu'elle fasse encore l'objet d'aménagements.

Si l'on se place du point de vue de la réception, du point de vue des effets de cette logique catégorisante sur l'imaginaire des intéressés, là encore on ne peut qu'être frappé par le retentissement de celle-ci tel qu'il transparait dans les témoignages. Nombreux sont les médecins à se sentir visés symboliquement par le traitement différent dont ils sont l'objet.

Davantage encore, le traitement juridique qui leur est réservé peut, par un phénomène que Benjamin Stora désigne comme un « transfert de mémoire », réactiver les traumatismes de l'histoire notamment pour les personnes originaires des anciennes colonies. Les situations vécues déclenchent des évocations, suscitent des assimilations avec d'autres catégories sociales avec lesquelles leur situation propre n'a que peu à voir : « C'est un peu comme les autres immigrés » (médecin à diplôme étranger reconverti dans l'industrie pharmaceutique). Sans toujours aller jusqu'à une identification aux immigrés peu qualifiés, plusieurs expriment le sentiment d'appartenir à une caté-

gorie plus générale avec laquelle ils partagent une communauté de traitement.

Ces statuts juridiques peuvent réactiver les traumatismes transmis par les générations antérieures. Les expériences personnelles font parfois resurgir alors tout un imaginaire colonial fait de vexations, d'infériorisation. Un de nos interlocuteurs rappelle que « l'hypocrisie en France est historique, notamment lors de l'incident de Toulon avec plus de 100 000 soldats maghrébins. La génération de mes grands-parents a libéré la France du nazisme ; nous la libérons maintenant de la maladie : c'est pareil mais la récompense est nulle » (médecin à diplôme étranger). Nombreux sont les « incidents » évoqués, les mots malheureux, qui les renvoient à une histoire qu'ils croyaient révolue, dont ils se croyaient détachés et qui sont prompts à réactiver un passé qui ne passe pas.

Ces catégories finissent par faire croire qu'il existe des classes distinctes de « faisant fonction », de surnuméraires... puisqu'on nomme de telles classes et que le droit, en tant que dispositif normatif, sanctionne ces catégories. « La puissance normative du droit ne tient pas à la seule force prescriptive de ses énoncés. [...] Dans la norme juridique se profile une certaine conception de la "normalité", pétrie des représentations dominantes ; et le droit est le vecteur privilégié de diffusion et d'inculcation de ces valeurs, dans la mesure où la conjugaison de la systématisme et de la force prescriptive confère à son discours une efficacité particulière, en le parant du privilège de l'incontestabilité » (Chevallier, 1989:20). La catégorisation qui s'est opérée au fil des ans à propos des médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger aboutit à ordonner le monde professionnel en segments différents, à le hiérarchiser en groupes supposés plus ou moins qualifiés, à les distribuer selon une logique de dignité et de compétences. Dans le cas des médecins à DE, cet effet de hiérarchisation se double d'une assimilation de certaines catégories à des groupes ethniques. Dire « FFI », c'est amener à penser « non européen ». Cela équivaut à leur désigner non seulement des rangs différents (avec des différences de rémunérations, de charges de travail...) mais aussi des places symboliques radicalement différentes.

Attentes sociales et adaptations comportementales

Statuts et attentes sociales

Dans l'imaginaire social et professionnel, certaines caractéristiques auxiliaires semblent attachées au statut professionnel. De tels éléments paraissent indissociables de la fonction médicale par exemple. Ainsi, aux

Etats-Unis, de ce point de vue un médecin a longtemps été naturellement un homme, un Blanc, un protestant. De ce fait, par rapport à ces attentes, certaines de ces caractéristiques jouent comme des avantages pour les uns, comme des handicaps pour les autres. Ces caractéristiques auxiliaires (origine ethnique ou genre), ces « attributs que [la société] estime ordinaires et naturels chez les membres » de chacune des catégories professionnelles, se muent en attentes normatives. Celui qui en est porteur les vit comme des exigences « présentées à bon droit » (Goffman, 1975 : 12). Ces traits peuvent détonner, entrer en conflit avec certains stéréotypes sociaux. « La discrimination frappe aussi en haut de l'échelle sociale : un chirurgien avec une nuance de bronzage, c'est violent... », témoigne un intéressé¹. Chacune de ces caractéristiques peut alors jouer comme un stigmate, « un attribut qui jette un discrédit profond » (Goffman, 1975 : 19), qui de l'inhabituel bascule facilement dans la catégorie évaluative du moins bon. Il induit l'idée d'un déficit, d'une faiblesse parce qu'il révèle un désaccord entre une identité sociale virtuelle, attendue et l'identité sociale réelle. Les « normaux », note E. Goffman, ont alors tendance à « pratiqu[er] toutes sortes de discrimination, par lesquelles [ils] réduisent efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances » des porteurs de stigmates.

Ces caractéristiques viennent parasiter un jugement sur les seuls critères légitimes, ceux de la compétence. Ces dissonances supposées provoquent de véritables « dilemmes de statut » selon l'expression de E. C. Hughes. Ainsi un médecin français noir qui souligne une absence de discrimination au sein du service où il exerce depuis plusieurs années, nuance aussitôt son point de vue en mentionnant que cette situation est « peut-être spécifique au service dans lequel [il] travaille et où il existe une grande ouverture d'esprit. »

Le raisonnement implicite fonctionne selon le même schéma que dans la formule, « pauvre mais honnête », qui montre bien le présupposé que le pauvre n'est généralement pas honnête. De même, l'attitude décrite présuppose qu'un Africain n'est généralement pas médecin et qu'il y a urgence pour lui à se signaler comme tel s'il veut contrecarrer le présupposé.

Selon plusieurs de nos interlocuteurs, la couleur de la peau ou l'apparence constituent des stigmates déterminants qui peuvent hypothéquer une carrière, interdire le renouvellement d'un contrat... La personne peut améliorer sa maîtrise de la langue du pays d'accueil, peut compléter sa formation, acquérir telle technique... mais la couleur de la peau constitue ce que E. Levi-

1. Propos d'Alain Ioualalen, urologue. « Ils sont français et ils ont réussi ! », *Marianne*, 29 oct.-4 nov. 2005.

nas nomme une caractéristique « irrémédiable » (Levinas, 1998 : 98), irrémédiable. Les caractéristiques auxiliaires qui entrent dans le portrait stéréotypé de telle ou telle profession, de tel ou tel statut finissent par jouer un rôle décisif et peuvent constituer des obstacles quasi infranchissables à l'accès à certaines professions ou au déroulement normal d'une carrière.

Qui plus est, ces caractéristiques auxiliaires opèrent comme de véritables déclencheurs de suspicion. Ce phénomène transparait dans nos entretiens à travers le thème récurrent de la confiance. La confiance doit se gagner, répètent nos interlocuteurs, elle n'est pas donnée d'emblée quand on a un accent étranger, quand on est noir.

Adaptations identitaires et comportementales

Ces stigmates, inscrits dans le corps, ont un caractère irrémédiable. L'individu est enchaîné, rivé à telle ou telle marque corporelle dont il ne peut, par définition, s'affranchir. Le regard ethnicisé d'autrui le soumet à une tyrannie de l'irréparable. Cette logique, le plus souvent inconsciente chez ceux qui stigmatisent autrui, aboutit à dire ou le plus souvent à suggérer l'incomplétude de ces personnes. Ce ne sont pas des professionnels accomplis, au plein sens du mot, de vrais médecins ou des ingénieurs comme les autres. Mais les effets de ces dissonances entre identité professionnelle virtuelle, attendue et identité professionnelle réelle ne se limitent pas à disqualifier professionnellement ces porteurs de stigmates. S'ils ne sont pas toujours discrédités, ils se croient souvent discréditables et cela les conduit à diverses attitudes réactives et adaptatives.

De tels phénomènes d'ostracisme qui concernent les personnes dans leur être même, leur identité profonde, et qui ne dépendent pas d'un apprentissage, conduisent certains d'entre eux à des adaptations identitaires et comportementales. Certains salariés étrangers et/ou à diplôme étranger adoptent des conduites pour s'intégrer, s'aligner sur les attentes supposées ou explicites de la société, de l'entreprise, du milieu professionnel. Cela passe parfois par la francisation du prénom comme ce chef de clinique en urologie qui est né Mourad et a été rebaptisé Alain à son arrivée en France ¹. Cette question de l'identité est essentielle. Parmi les conduites adaptatives qui semblent prévaloir, l'exigence de modestie est souvent évoquée. Tout se passe comme si, dans leur majorité, ils se sentaient obligés de rester modestes, de

1. G. Laval, « Cas de figure », *Libération*, 4 fév. 2005.

faire montre d'humilité, de réserve ¹. « Je suis devenu FFI ; en fait, ni externe ni interne. Je me demandais si c'était mon attitude qui ne plaisait pas. [...]. Petit à petit, on finit par vous connaître. Vous, vous allez finir par vous comporter pour plaire. Je ne parlais pas trop. J'écoutais beaucoup ; j'étais disponible. Et ainsi vous prenez des points avec le temps. Quand j'étais FFI, mon contrat était renouvelé tous les six mois. Il faut autolimiter ses ambitions et de fait ses espérances » (médecin à diplôme étranger).

Cette autolimitation des ambitions peut aller dans certains cas jusqu'à anticiper les attentes supposées comme le médecin d'origine africaine dont il a déjà été question élisant une clientèle elle-même d'origine africaine dans sa grande majorité. D'autres refusent dans un premier temps cette autolimitation des ambitions, mais la réalité les oblige malgré eux à s'y contraindre.

Conclusion

Selon une idée reçue, les discriminations tendraient à s'estomper au fur et à mesure qu'on s'élève dans l'échelle sociale. De fait, il s'avère que les très hauts niveaux de qualification ne sont pas protégés de tels comportements collectifs. Malgré des discours de dénégation, des mesures, des attitudes discriminatoires, certes à des degrés divers, sont attestées. Malgré la propension des couches cultivées à se croire préservées de tels comportements, un haut niveau de culture ne protège pas nécessairement de telles attitudes discriminatoires ou de discours tendant à les justifier, à les excuser.

Au-delà de ce constat, la part prédominante du droit, de la catégorisation administrative ² dans les processus discriminatoires a été mise en évidence. Les discriminations légales (restrictions, statuts d'exception...) prennent une part décisive, structurante dans la configuration minorante, excluante des médecins étrangers ou supposés tels. Si elle a incontestablement évolué depuis le milieu des années 1990, la discrimination institutionnelle reste patente. Dans le monde hospitalier, elle se modifie, s'atténue à travers la multiplication de statuts qui créent une gradation moins pentue entre le rejet et l'alignement sur les statuts des majoritaires. Mais à travers les statuts à part la différence se maintient, s'institutionnalise même.

1. Dont la neutralité, « l'obligation de réserve » constitue l'équivalent politique. Comme le remarque A. Sayad, « la forme de politesse à laquelle est tenu l'étranger et à laquelle il se croit tenu – et, à la limite, il n'est tenu à cette politesse que parce qu'il se croit tenu à l'observer – constitue une de ces ruses sociales (ou ruses du social) par lesquelles sont imposés des impératifs politiques et est obtenue la soumission à ces impératifs » (Sayad, 2006 : 55).

2. Tant la discrimination légale qu'administrative, celle laissée à l'appréciation, à l'initiative de l'administration.

Par ailleurs, il existe une articulation entre la discrimination institutionnelle, inscrite dans les textes réglementaires (niveau de rémunération et conditions de travail, désavantages liés au statut) et des pratiques discriminatoires plus diffuses, plus difficilement perceptibles (nombre de gardes que les médecins étrangers se trouvent contraints d'accepter, relations difficiles avec le collectif de travail, défiance sur la compétence...). Dans ce sens, on ne peut pas sous-estimer le rôle des discours d'accompagnement, des voix se conjuguant pour énoncer et répéter l'altérité foncière de l'étranger. Le discours médiatique, le discours politique, le discours commun interagissent, s'imbriquent. On peut penser que la discrimination institutionnelle autorise les autres pratiques voire contribue à leur développement et que celles-ci reculeraient sans doute si elles cessaient d'être soutenues par la loi.

En outre, subsistent des formes de discrimination assises sur les préjugés, une méfiance ancienne, une identification de certains ressortissants étrangers à des métiers sans qualification et très éloignés de la forte valorisation associée à de hauts niveaux de qualification. De fait, dans le cas de la médecine, certains en sont réduits, comme les exclus qui investissent la ville, à occuper des interstices au sein de l'appareil hospitalier, des disciplines en partie délaissées par leurs homologues français, des catégories d'établissements ou des zones géographiques déficitaires. Loin d'être singulière la situation qui leur est faite revêt une certaine exemplarité. Elle décrit sans doute aussi la situation d'autres professions réglementées.

Depuis quelques années, une orientation à un surcroît de sélection ou à une rationalisation de celle-ci se dessine (« choisir les meilleurs », « les meilleurs cerveaux »). Cette politique d'« immigration choisie » a acquis dernièrement le statut de mot d'ordre. Le *brain drain* qui connaît une véritable fortune dans le discours social à travers les thèmes de la fuite des cerveaux ou la volonté affichée de conquérir, attirer les meilleurs, semble investi des plus grands espoirs pour régler les problèmes de l'immigration, du flux de main-d'œuvre du sud vers le nord. On ne peut s'empêcher de relever la nouveauté d'un tel discours au sein du monde hospitalier et de son ministère de tutelle. En quelques années, on est passé d'un argumentaire qui mettait plutôt en garde contre les risques de l'incompétence à la volonté affichée de recruter « les meilleurs d'entre eux ». Le but quasi explicite est d'opérer une sélection géographique en faveur des pays de l'OCDE et au détriment de l'Afrique qui a longtemps constitué pour la France le vivier naturel de l'immigration ¹.

1. On peut cependant rappeler que la question de la qualité de l'immigration n'est pas nouvelle. A. Sayad (2006 : 69) souligne l'opposition qui était faite dès l'entre-deux-guerres entre une « immigration de quantité » et une « immigration de qualité ». Il donne les références de nombreux ouvrages faisant explicitement référence à la qualité en matière d'immigration.

L'exemple des médecins à diplômes hors UE laisse, d'ores et déjà, deviner les difficultés de cette logique qui se pare des atouts de l'évidence. Certes, elle a l'apparence de la rigueur – au double sens du terme, sévérité et force du raisonnement – ; de plus, elle semble dotée des valeurs de la méritocratie à travers l'objectivité du concours. Pourtant, à partir des situations que nous avons pu observer, on devine la part d'illusion que comporte cette logique sélective, par quotas.

De fait, pour ce qui est de la nouvelle procédure d'admission, elle nous semble reposer sur plusieurs croyances qui ont des allures de postulats. En premier lieu, elle présuppose que les meilleurs, sous-entendus les cerveaux provenant des pays de l'OCDE, vont élire la France et seront avides de se présenter aux concours ou postes français. Les bonnes personnes se disposant spontanément dans les quotas prévus à leur intention. Un tel schéma n'est-il pas en train de reconstituer la vision d'un marché idéal où offreurs et demandeurs se rencontrent et s'ajustent harmonieusement mus par une même rationalité ? C'est sans doute sous-estimer les nombreux facteurs qui viennent perturber le caractère naturel de ces ajustements. La pluralité des offres d'abord. Nombreux sont les pays développés à faire appel à cette main-d'œuvre hautement qualifiée.

Et il n'est pas sûr ensuite que la conviction de la grandeur et de la supériorité du système français, en médecine en particulier avec ses CHU, de son rayonnement et de celui de la France suffise à distancier ces pays concurrents. Il existe probablement aussi une sous-estimation du rôle de la langue dans le choix du pays d'immigration. Ainsi les anglophones (les Indiens, Pakistanais...) vont le plus spontanément vers les pays anglophones. Le pari est fait qu'aucun candidat à l'immigration dans ces secteurs, ne se présentera plus en dehors de ces quotas. Ils se substitueraient à toutes les voies qui leur préexistaient. Aussi, pour toutes ces raisons, il n'est pas certain que le recours aux médecins à DE soit près de prendre fin.

Références bibliographiques :

- Balazs G., Rosenberg-Reiner S. (2005), « La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières », *ARSS*, n°156-157, mars.
- Bui Dang Ha Doan (2004), « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années-charnières (1999-2004) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n°3, juil.-sept.
- Cerc-association (1999), « Immigration, emploi et chômage. Un état des lieux empirique et théorique », *Les dossiers de Cerc-association*, n°3.
- Chauvel L. (2006), « Les nouvelles générations devant la panne prolongée de l'ascenseur social », *Revue de l'OFCE*, n°96, janvier, pp. 35-50.
- Chevallier J. (1989), « Droit, ordre, institution », *Droits*, n°10.
- Coldefy M. (1999), « 7 500 médecins à diplômes non européen dans les hôpitaux français en 1995 », *Solidarité et santé*, n°1.
- Couffinhal A., Mousquès J. (2001), « Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques », *Questions d'économie de la santé*, n°45, déc.
- Denour L., Junker R. (1995), « Les médecins étrangers dans les hôpitaux français », *Revue européenne des migrations internationales*, vol.11, n°3, p. 154-155.
- Fassin D. (2002), « L'invention française de la discrimination », *Revue française de science politique*, vol. 52, n°4, août.
- Fauroux R. (2002), *Les parcours d'intégration*, Haut conseil à l'intégration, Paris, La Documentation française,
- Goffman E. (1975), *Stigmate*, Ed. de Minuit, [1963].
- Halioua B. (2002), *Blouses blanches, étoiles jaunes*, Liana Levi.
- Léonard J. (1981), *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Aubier.
- Levinas E. (1998), *De l'évasion*, Le livre de Poche (1935).
- Lochak D. (1987), « Réflexions sur la notion de discrimination », *Droit social*, n°11.
- Lochard Y., Meilland C., Viprey M. (2006), *La tête de l'emploi*, rapport Dares.
- Noiriel G. (2004), « Professions de santé, professions protégées : un historique », *Migrations société*, vol.16, n°95, sept.-oct.
- Paradeise C. (1984), « La marine marchande française : un marché du travail fermé ? », *Revue française de sociologie*, XXV, 1984.
- Paradeise C. (1985), « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, n°1.
- Sayad A. (2006), *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Raisons d'agir.
- Slama S. (2003), *Le privilège du national. Etude historique de la condition civique des étrangers en France*, Thèse de droit public, Université Paris 10, déc.
- Wolmark C. (2001), « Médecins étrangers : un pas vers l'égalité ? », *Plein droit*, 1^{er} avril.