

A quand la fin des discriminations en France ?

L'article L-4111-1 du Code de la Santé Publique précise que l'exercice médical en France n'est pas autorisé aux personnes françaises ou étrangères, titulaire d'un diplôme délivré par un État situé hors de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Il en est de même pour les ressortissants des pays situés hors de l'Union Européenne, même lorsque ces personnes sont titulaires d'un titre français ou délivré par un pays européen.

Mais, en dépit de cette interdiction et en raison de la pénurie médicale depuis quelques années, les hôpitaux français emploient toujours un certain nombre de professionnels à diplôme extra-communautaire, **sous divers statuts, qui ont en commun le fait que les intéressés exercent leurs fonctions en étant placés sous la responsabilité d'un praticien lui-même habilité à exercer la médecine en France.**

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé a diligenté une enquête en juin 2005 auprès des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Cette enquête, reproduite par la Cour des comptes, basée sur les déclarations des établissements concernés, a révélé que le nombre de praticiens titulaires d'un diplôme extracomunautaire en exercice dans les hôpitaux publics français sans inscription au tableau de l'ordre des médecins était de **6750 praticiens**.

La répartition par statut a montré que 48 % des médecins avaient le statut de « faisant fonction d'interne / FFI » préparant une attestation de formation spécialisée, 28 % celui de praticien attaché associé et 15 % celui d'assistant associé. Les 9 % restant, classés en « autres », exerçaient irrégulièrement ou sur des postes non agréés.

Les étudiants « FFI » suivant des formations devaient en principe retourner dans leur pays après ces formations, mais, comme le note la Cour des comptes dans son rapport précité sur les personnels des

établissements de santé, « leur attestation de formation était renouvelée année après année, moyennant des pratiques de faux redoublements ou d'inscriptions successives dans différentes disciplines. Le nombre de « faisant fonctions d'interne » a très fortement augmenté au cours des dix dernières années, passant de 765 en 1994 à 4.009 en 2004, soit une hausse de 424 %, selon les données du ministère de l'Éducation Nationale »¹.

Le sujet est d'autant plus aigu, que le recours accru aux « faisant fonction d'interne » s'accompagne d'irrégularités relevées notamment par la Cour des comptes qui indique que « dans les établissements confrontés à des pénuries, les **faisant fonctions d'interne occupent des postes d'assistant, voire de praticien hospitalier, tout en ayant la rémunération correspondant à leur statut, soit un montant mensuel net de 1.365 euros auquel s'ajoutent les indemnités de permanence des soins** »². Or depuis peu, une loi a été votée en décembre 2006³, obtenue sous la pression de multiples actions syndicales organisées par l'INPADHUE faisant l'objet de l'actualité nationale, un grand nombre de « FFI » sont devenus attachés ou assistants « associés ».

S'agissant des **praticiens attachés « associés » et des assistants « associés »**, le législateur a créé ce statut hybride dans les années 80 qui, tout à la fois, tient compte de l'équivalence scientifique du diplôme de médecine, en permettant le recrutement de ces praticiens dans les hôpitaux publics, à condition...qu'ils exercent sous la responsabilité d'un praticien à diplôme français⁴ sans pour autant leur accorder la reconnaissance de leurs compétences ou de leurs

¹ La loi CMU du 27 juillet 1999 (art. 60 et 61) a interdit le recrutement des praticiens de santé à diplôme hors Union Européenne à partir de la date de sa publication en dehors du cadre de la formation. Cela est la raison principale de cette augmentation de plus de 400% des étudiants « FFI » entre 1999 et 2005.

² Cela explique en partie pourquoi une grande majorité des gardes, en milieu hospitalier, est assurée par des PADHUE.

³ Loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 (Art. 83).

⁴ ou praticiens inscrit sur le tableau du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

diplômes et la plénitude d'exercice. La traduction de ce caractère partiel de l'autorisation d'exercice ainsi conféré est d'abord une différence de traitement notable en terme d'évolution et de perspective de carrière, et surtout de rémunération avec leurs homologues à diplômes français (1.800 euros net versus 3.600 euros), trouvant sa source dans le fait qu'ils exercent sous la responsabilité de ces derniers, avec lesquels ils ne sont donc pas dans une situation de parfaite égalité. Pour les rassurer, le pouvoir public n'a pas hésité à déclarer, à plusieurs reprises, que ces praticiens pourront occuper ces fonctions à vie!⁵

Or, s'il existe effectivement une différence de statuts juridiques et/ou administratifs, justifiant leur précarité, il s'avère qu'existe en réalité une similitude parfaite des fonctions au sein des services hospitaliers entre un médecin à diplôme étranger et un médecin à diplôme français. Rien ne permet de les distinguer au sein des différents services hospitaliers. Quant à l'exercice sous la responsabilité d'un médecin français, l'évidence commande de reconnaître que celle-ci n'est que théorique car l'exercice même de ces fonctions est difficilement compatible avec le statut d'attaché ou d'assistant « associé » qui, pris à la lettre, nécessiterait que l'ensemble des actes médicaux accomplis soient validés par un médecin à diplôme français, ce qui est en pratique radicalement impossible, de sorte qu'il est évident que ce statut est nécessairement discriminatoire.

Tel est exactement le sens et la portée de la décision du 27 février 2006 de la HALDE (**Haute autorité de lutte contre les discriminations**), laquelle précise clairement que:

« L'absence de responsabilité juridique liée à la qualité de praticien associé n'est que théorique, les médecins à diplôme étranger exerçant en réalité des fonctions analogues aux praticiens hospitaliers de manière tout à fait autonome...

C'est dans l'exploitation qui est faite dans leur absence de statut alors même que les responsabilités concrètes sont identiques que la discrimination à leur égard trouve sa source. Celle-ci s'opère à raison de l'origine dans l'accès à l'emploi et dans l'emploi.

En effet, l'organisation de la pratique hospitalière consacre l'inégalité de traitement des praticiens diplômés à l'étranger, en ce qui concerne la rémunération et l'accès au plein exercice de la médecine »

⁵ Cette "faveur " n'est offerte que pour les praticiens recrutés dans le cadre de la loi CMU de 1999 car la loi de décembre 2006 prévoit que le recrutement des praticiens arrivés entre 99 et 2004 se limite jusqu'en 2011.

L'incompréhension et le paradoxe qui subsistent aujourd'hui, c'est cette volonté du pouvoir public français à entretenir et prolonger cette discrimination sous prétexte de vérification des connaissances alors que ces praticiens soignent les citoyens français dans les hôpitaux depuis des années ! Certains d'entre eux ont même été formés en France "à titre étranger", c'est à dire hors numerus clausus. Ils ont été formés dans des universités françaises, selon des critères et des maquettes fixés par elles, dans les mêmes conditions que les étudiants français. Cependant, on pouvait lire dans un rapport officiel publié lors des débats parlementaires que la formation de ces praticiens pourtant française « *n'a pas la même portée qualifiante que le diplôme français* ». Des propos qui laissent supposer que l'université française consacre une formation destinée à l'étranger qui ne garantit pas le niveau requis pour l'exercice médical en France. Une discrimination évidente, qui se surajoute à celle préexistante.

Tous les indicateurs de l'évolution de la démographie médicale en France semblent être au rouge pour les dix prochaines années. Alors pourquoi ? Est-ce vraiment le souci de vérification des connaissances ? L'histoire de la délivrance des autorisations d'exercice en France aux praticiens d'origine étrangère a toujours été soumise à des quotas fixés au préalable. En d'autres termes, un praticien pouvait avoir réussi tous les examens possibles et imaginables, sans obtenir ensuite l'autorisation d'exercer⁶. Ces quotas n'ont jamais reflété la réalité du besoin réel en professionnel de la Santé ! Alors, peut-on aujourd'hui encore croire aux promesses et aux engagements des pouvoirs publics ?

Mais, l'unique question à laquelle il est difficile de répondre aujourd'hui : **à quand la fin des discriminations en France ?**

⁶ La procédure d'autorisation d'exercice (PAE), prévue par la loi 1999 et la dérogation de 2006, comprend 3 étapes : réussite des épreuves de contrôle des connaissances (examen ou concours), trois années de fonction hospitalière puis le dépôt d'un dossier devant la commission d'autorisation qui accordera ou pas l'autorisation d'exercice.

INPADHUE – 140 rue nationale / 75012 Paris – Novembre 2007.

Article préparé à l'occasion du congrès annuel d'EUROCADRES (Conseil des cadres européens de la Commission Européenne-CE) – BRUXELLES.