



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS


Les mobilités internationales des professions de santé :

flux entrants et sortants des
médecins, chirurgiens-dentistes,
sages-femmes et pharmaciens

Août 2016

Étude réalisée par la



Fédération nationale des observatoires
régionaux de la santé

à la demande de l'ONDPS

Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors)

Auteurs

Julien GIRAUD (ORS Poitou-Charentes) - coordinateur

Amandine FAVIER (Creai-ORS Languedoc-Roussillon)

Émilie GARDEUR (ORSAS Lorraine)

Frédéric IMBERT (ORS Alsace)

Sophie LAMBERT-EVANS (Fnors)

Bernard LEDESERT (Creai-ORS Languedoc-Roussillon)

Hélène MARTINEAU (Fnors) - coordinatrice

Patricia MEDINA (ORS Rhône-Alpes)

Abdoul SONKO (ORS Rhône-Alpes)

SOMMAIRE

CONTEXTE ET INTRODUCTION.....	4
CADRE JURIDIQUE ET RÉGLEMENTAIRE DE L'EXERCICE EN FRANCE DES MÉDECINS, CHIRURGIENS-DENTISTES, SAGES-FEMMES ET PHARMACIENS	6
Faits marquants.....	6
1 Historique de la construction des textes majeurs.....	7
1.1 Les premiers critères historiques de régulation : le diplôme et la nationalité	7
1.2 La politique de régulation de la formation initiale, la maîtrise de la démographie médicale	7
1.3 La législation comparée en matière de régulation : le numerus clausus en Europe	9
1.4 La question juridique des diplômés hors Union européenne	10
1.5 L'apport des directives européennes.....	12
2 Étude de la jurisprudence de la Cour de justice de la communauté européenne relative aux professions de santé.....	14
2.1 Panorama de la jurisprudence communautaire depuis les années 70	14
2.2 Un principe général : pas de discriminations entre candidats autre que celle des diplômes.....	16
3 Le droit positif	16
3.1 Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens : les conditions de base pour exercer en France	16
3.2 Diplômes hors Union européenne ou diplômes de l'Union européenne non conformes aux directives européennes : les parcours et conditions pour exercer en France	20
3.3 D'autres possibilités pour exercer en France : les autorisations temporaires d'exercice et la libre prestation de service (LPS)	33
3.4 L'entrée dans le cursus français de formation d'étudiants formés hors de France.....	35
FLUX ENTRANTS : LES PROFESSIONNELS À DIPLÔME ÉTRANGER EXERÇANT EN FRANCE	37
Faits marquants.....	37
4 Examen des données existantes et exploration de la base RPPS.....	38
4.1 Principales observations.....	38
4.2 Population retenue dans le cadre de cette étude et choix du diplôme.....	39
4.3 Autres enseignements méthodologiques de la revue de la littérature	41
4.4 Critères retenus pour l'analyse par territoire	42
5 Étude des professionnels à diplôme étranger à partir du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).....	43
5.1 Combien sont-ils ?	43
5.2 Les médecins à diplôme étranger	45
5.3 Les chirurgiens-dentistes à diplôme étranger.....	62
5.4 Les sages-femmes à diplôme étranger.....	69
5.5 Les pharmaciens à diplôme étranger	76
5.6 Approche des flux sortants des professionnels à diplôme étranger (PDE) à travers l'analyse par cohorte d'inscrits	82
FLUX SORTANTS : LES PROFESSIONNELS À DIPLÔME FRANÇAIS EXERÇANT À L'ÉTRANGER.....	86
Faits marquants.....	86
6 L'émigration des professionnels formés en France	87
6.1 Un phénomène difficilement mesurable actuellement	87

6.2	Les motivations à l'expatriation	97
6.3	Éléments de discussion.....	99
7	Focus sur quelques pays : monographies.....	100
7.1	Belgique	100
7.2	Canada	103
7.3	États-Unis d'Amérique.....	104
7.4	Royaume-Uni	106
7.5	Suisse	108
8	Synthèse	111
SYNTHÈSE ET ÉLÉMENTS CONCLUSIFS		113
	Rappel de la problématique	113
	Une définition précise de la population cible des professionnels à diplôme étranger.....	114
	Des enjeux et des dynamiques différentes pour les quatre professions	114
	Les flux entrants invisibles : les PADHUE et libres prestataires de service	116
	Des flux sortants limités comparés aux flux entrants	116
	Conclusion : quels impacts sur l'offre de soins ?.....	117
ANNEXES.....		119
	Annexe 1 : Textes législatifs et réglementaires.....	119
	Annexe 2 : Précisions sur l'exercice en France, par profession.....	135
	Annexe 3 : Personne « Faisant fonction d'interne (FFI) »	145
	Annexe 4 : Répartition des « Faisant fonction d'interne (FFI) » par département	146
	Annexe 5 : Liste des documents consultés.....	149
	Annexe 6 : Listes des variables du RPPS utilisées.....	153
	Annexe 7 : Comparaisons de quelques indicateurs entre les données publiées et l'exploitation des bases RPPS/Drees.....	154
	Annexe 8 : Effectifs de médecins et pharmaciens inscrits actifs en 2015 par type de diplôme et zone d'obtention	157
	Annexe 9 : Coefficients de corrélation linéaire (Population des médecins)	159
	Annexe 10 : Limites de l'accessibilité potentielle localisée (APL)	160
	Annexe 11 : Accessibilité potentielle localisée (APL) au niveau départemental.....	161
	Annexe 12 : Nationalité des professionnels suivant le pays d'obtention du diplôme.....	164
	Annexe 13 : Médecins inscrits au RPPS de 2012 à 2015 suivant l'année d'effet d'exercice.....	168
	Annexe 14 : Nombre de sages-femmes diplômées.....	169
	Annexe 15 : Nombre de diplômes délivrés en médecine, odontologie et pharmacie - 2011 à 2013 (recueil ONDPS)	170
	Annexe 16 : Approche du taux d'évaporation	173
	Annexe 17 : Inscription des odontologistes sur liste spéciale.....	178
	Annexe 18 : Grille d'entretien	179
	Annexe 19 : Nom des personnes consultées	180
	Annexe 20 : Sigles et les acronymes utilisés	181
	Annexe 21 : Table des illustrations.....	183

Contexte et introduction

L'installation et la mobilité territoriale nationale et internationale des professionnels de santé, libéraux ou salariés, constituent un enjeu fort de santé publique, car elles ont un impact sur l'accès aux soins et sur la prévention pour l'ensemble de la population. Cette étude se penche sur la mobilité de professionnels s'installant en France après avoir obtenu dans un autre pays le diplôme leur permettant d'exercer en France et celle des professionnels formés en France, mais choisissant d'exercer à l'étranger. Ces phénomènes de mobilité du personnel sont étudiés, ainsi que leur impact sur l'offre de soins en France et dans les départements français, pour trois professions médicales (médecins, odontologues et sages-femmes) ainsi que pour les pharmaciens.

En France, l'entrée en exercice de ces quatre professions est régulée par des dispositifs mis en place à différents moments du cursus des études de santé : limitation du nombre d'étudiants autorisés à s'inscrire en seconde année par *numerus clausus* – avec une première année désormais commune pour quatre filières des professions de santé (médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie), régulation par des épreuves en fin de cursus suivant des modalités différentes d'une profession à l'autre (épreuves classantes nationales pour les études médicales, concours de l'internat de pharmacie et concours national d'odontologie).

La régulation peut se faire aussi sur la répartition géographique des professionnels sur le territoire, comme c'est le cas pour les pharmaciens d'officine (le transfert, le regroupement ou la création de pharmacies est soumis à la délivrance d'une licence par l'Agence régionale de santé) alors que le principe de la liberté d'installation prévaut pour les autres professions étudiées. Cependant, des dispositifs incitatifs ont été développés pour favoriser l'installation de médecins généralistes dans certaines zones géographiques en déficit de praticien, mais il ne s'agit pas de dispositifs de régulation à proprement parler.

Lors de leur mise en place initiale, ces outils de régulation avaient vocation à répondre à un souci de maîtrise des prescriptions et des dépenses de santé, en cohérence avec les besoins de la population. Ils répondent aussi aux préoccupations des professionnels de santé concernant leurs conditions d'exercice. En effet, des phénomènes de sous ou de sur dotation en professionnels de santé, sur un territoire donné, peuvent entraîner localement de fortes surcharges de travail ou au contraire, une vive concurrence entre professionnels. Dans tous les cas, le poids des contraintes peut, à terme, réduire l'attractivité de certaines professions de santé, notamment en exercice libéral, mais aussi l'attractivité de certains territoires. De façon plus large, la régulation des conditions d'exercice et d'installation des professionnels constitue aujourd'hui l'un des leviers des politiques de santé publique visant notamment à permettre un bon accès aux soins et à la prévention en tout point du territoire national.

Or, la régulation de l'accès aux professions de santé telle qu'elle existe en France, semble aujourd'hui mise à mal, notamment du fait des possibilités ouvertes par la réglementation de l'Union européenne (UE) en matière d'installation des professionnels de santé au sein de l'UE (en référence à la directive 2005/36/CE selon laquelle tout diplôme obtenu dans un pays de l'UE est valable dans n'importe quel autre pays de l'Union). Ainsi, les étudiants français peuvent étudier dans d'autres pays dont la France reconnaît les diplômes pour les professions médicales et de pharmacien et, une fois diplômés, revenir exercer en France. Les professionnels étrangers formés dans d'autres pays de l'UE peuvent également exercer en France. À cela s'ajoute la possibilité pour des professionnels de santé, ayant obtenu leur diplôme hors de l'UE, d'exercer en France, sous certaines conditions et limites. Tous ces éléments font que la France, ainsi que de nombreux pays membres de l'UE voient leurs dispositifs de régulation des professions de santé également mis à mal et un décalage de plus en plus important entre le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leur formation et le nombre de professionnels qui s'installent réellement à la fin de leurs études.

Dans la première partie de ce document, l'ensemble des éléments constitutifs du cadre juridique et réglementaire de l'exercice en France des quatre professions de santé étudiées (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens) est présenté. L'historique de la réglementation française en matière de régulation de l'accès à ces professions retrace aussi les motivations principales des décideurs publics par rapport à l'outil majeur de régulation qu'est le *numerus clausus*. L'évolution des conditions de l'autorisation d'exercice, qui permet ensuite la présentation des dispositions actuelles, se réfère automatiquement aux textes européens sur la reconnaissance mutuelle des diplômes et la libre circulation de ces professionnels de santé.

La deuxième partie du présent rapport se penche sur ces phénomènes d'arrivée en France de professionnels de santé à diplôme étranger, sur les territoires d'installation de ces professionnels et sur les effets de ces installations sur les déséquilibres géographiques de l'offre de soins entre départements.

Après un examen fin des possibilités et limites des données existantes en France, en particulier celles issues du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) qui permet de dénombrer les professionnels de santé en exercice en France et décrire leurs caractéristiques, la population des professionnels à diplôme étranger (PDE) exerçant en France est étudiée sous toutes ses formes, pour les quatre professions médicales.

A l'inverse, des professionnels diplômés français peuvent également partir exercer dans des pays de l'UE ou hors UE en respectant les conditions de reconnaissance de diplômes et de modalités d'exercice fixées par le pays d'accueil. Cette question des « flux sortants » de diplômés français vers l'étranger, notamment dans l'UE, mais aussi vers d'autres pays, pas seulement francophones comme le Québec ou la Suisse, est un phénomène également bien réel, mais actuellement mal estimé, qui complexifie encore la compréhension des équilibres ou déséquilibres de la démographie des professions de santé en France et dans les régions. Les outils de mesure de ces « flux sortants » sont plus restreints, et partiels, que ceux mesurant les « flux entrants » en France. C'est pourquoi, dans la troisième et dernière partie du rapport, l'approche statistique est complétée par une approche monographique des pays qui accueillent le plus de professionnels de santé formés en France (essentiellement des médecins).

Ainsi, l'objectif général de l'étude commandée par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), est une description à la fois détaillée, critique et raisonnée des mobilités de professionnels (et d'étudiants) qui viennent exercer en France après des études à l'étranger ou qui, à l'inverse, n'exercent pas en France après leur cursus français d'études, description en termes de démographie médicale et d'environnement réglementaire, et ce pour quatre professions de santé : médecins, odontologistes, sages-femmes et pharmaciens.

Cadre juridique et réglementaire de l'exercice en France des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens

Faits marquants

- La nationalité française comme pré-requis à l'exercice en France jusqu'aux directives européennes des années 70 ; la suppression de la condition de nationalité relève de la loi HPST (« portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires »), promulguée le 21 juillet 2009
- Plusieurs lois pour définir les statuts des diplômés hors Union européenne exerçant dans les établissements de santé
- Publication en 2004 d'un décret instituant la procédure actuelle d'autorisation d'exercer en France des diplômés hors Union européenne
- Les principes de reconnaissance automatique des diplômes et qualifications, de liberté d'établissement et de libre prestation de services (LPS) reconnus par plusieurs directives à partir de 1975 : le pays d'obtention du diplôme prime sur la nationalité
- 5 filières d'accès à l'autorisation d'exercer en France pour les diplômes UE non conformes et les diplômes hors UE
- Un peu plus de 8 600 lauréats aux épreuves de vérification des compétences depuis 2007
- En 2014, un peu plus de 1 000 avis favorables délivrés par les commissions d'autorisation d'exercice pour un exercice en France des diplômés hors UE
- Un nombre important de régularisations faites par la Procédure d'autorisation d'exercice depuis 2007 et une hypothèse de réduction progressive des effectifs de praticiens en poste dans les établissements de santé et en attente de régularisation

Ce chapitre aborde dans une première partie l'historique de la réglementation française en matière de régulation de l'accès aux professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme et de pharmacien. Cette régulation passe essentiellement par la limitation du nombre d'étudiants *via* le *numerus clausus* : l'historique retrace les motivations principales des décideurs publics en la matière.

Puis l'analyse se poursuit autour de l'évolution des conditions de l'autorisation d'exercice qui relèvent historiquement de deux principaux critères : le diplôme et la nationalité. L'apport des textes européens est fondamental pour l'exercice des professions médicales en France : les principaux changements ont été introduits par les directives européennes sur la reconnaissance mutuelle des diplômes des 4 professions, et par la directive européenne de 1975 sur la libre circulation de ces professionnels de santé.

Les conditions actuelles d'autorisation d'exercice des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens sont présentées dans la deuxième partie intitulée « Le droit positif ». Les conditions de base pour exercer en France sont relativement simples, mais de nombreuses subtilités apparaissent dès lors que les diplômes sont obtenus hors de l'Union européenne ou sont non conformes aux directives européennes. Nous avons tenté de sérier toutes les situations, quelle que soit leur importance en termes d'effectifs. Des précisions supplémentaires, pour chacune des professions, sont présentées en annexe (cf. [Annexe 2](#)).

1 Historique de la construction des textes majeurs

1.1 Les premiers critères historiques de régulation : le diplôme et la nationalité

Les professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de pharmacien et, dans une moindre mesure, de sage-femme sont soumises, de longue date, à des conditions d'autorisation d'exercice relevant de deux principaux critères : **le diplôme et la nationalité**.

Pour ce qui concerne l'exercice de la médecine, deux textes déjà anciens l'avaient ainsi affirmé :

- la loi du 30 novembre 1892¹ : l'exercice de la profession était limité aux seules personnes munies d'un diplôme délivré par l'État français, sachant que celui-ci n'était attribué qu'à la condition que, au moment de sa première inscription universitaire, l'étudiant justifie être titulaire du baccalauréat français ;

Outre l'exercice de la médecine, cette loi de 1892 comportait également des dispositions sur les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

- une loi de 1933, dite Raymond Arbruster, avait posé une double condition : être titulaire du diplôme d'État français de docteur en médecine et être de nationalité française. En outre, le Gouvernement supprimait, en même temps, les équivalences des diplômes étrangers qui pouvaient exister.

Les instigateurs de cette dernière loi mettaient en avant le coût social de l'enseignement médical et la croissance du nombre d'étudiants étrangers (environ 3 800 en 1930) essentiellement d'origine roumaine, russe et polonaise.

Le poids de la condition de nationalité a été réduit par la loi « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » dite « HPST », promulguée le 21 juillet 2009. Ainsi, quelle que soit sa nationalité, le médecin, la sage-femme, le chirurgien-dentiste ou le pharmacien qui est titulaire du diplôme d'État français obtenu à l'issue d'un cursus réalisé entièrement sur le territoire aura la possibilité d'exercer sans formalité supplémentaire.

Les modes de régulation des professions de santé et notamment les textes législatifs et réglementaires posent le cadre qui conditionne, organise et structure l'accès, l'installation et l'exercice des professions de santé.

1.2 La politique de régulation de la formation initiale, la maîtrise de la démographie médicale

Le premier levier de régulation est celui qui limite l'accès à la profession par la limitation du nombre d'étudiants. En l'occurrence, l'examen des modes de limitation des étudiants passe par un historique du *numerus clausus* et des motivations à sa mise en place.

1.2.1 La loi du 30 juin 1971 : l'outil « *numerus clausus* »

L'orientation qui a guidé la mise en place progressive d'un *numerus clausus* était la limitation de l'accroissement démographique du corps médical et par là, la « maîtrise » des dépenses de santé.

C'est là l'objet de l'arrêté « Guichard-Boulin » du 26 septembre 1969 qui durcit les conditions de passage de première en deuxième année de médecine. Les nouvelles conditions réglementaires prévoient de « *rendre les examens plus difficiles ; en adoptant la note éliminatoire ; en gardant le contrôle continu des connaissances, mais obligatoirement écrit et anonyme ; en ne lui accordant qu'un coefficient faible par rapport à l'examen terminal.* »

¹ L'ensemble des textes juridiques sont cités en [Annexe 1](#).

Le numerus clausus a été créé en 1971. Il est fixé par arrêté pris conjointement par les ministres chargés respectivement de l'enseignement supérieur et de la santé.

Les modalités de régulation de l'accroissement du nombre des étudiants en médecine en deuxième année avaient ainsi plusieurs objectifs. Un des arguments développés était celui de la défense du « prestige » lié à ce type de profession. Cet argument de prestige masquait, en fait, les contraintes de la formation proprement dite et notamment les modalités d'organisation des stages pratiques en structures hospitalo-universitaires. La crainte formulée était qu'un nombre trop grand d'étudiants ne fasse baisser le service rendu et augmente le recours à l'hospitalisation privée.

Du point de vue de la direction du Budget de l'époque, il s'agissait en outre d'entrer dans une logique de maîtrise des dépenses de santé : coût de la formation des futurs médecins mais aussi coût entraîné par les médecins en exercice pouvant induire de trop fortes dépenses de soins.

« Le problème posé par l'afflux des étudiants en médecine est celui de l'adaptation des effectifs à celui des postes de médecins nécessaires à l'encadrement sanitaire de notre population. Tant que ce problème n'aura pas été résolu de manière objective et autant que possible accepté par les intéressés, nos études médicales soulèveront donc des difficultés renouvelées et le risque qui pèsera sur les finances publiques serait considérable. Il s'agit en premier lieu, les besoins en médecins étant définis, d'évaluer le coût de cette formation : nombre de professeurs, dépenses de fonctionnement, capacité d'accueil des unités d'enseignement médical. D'autre part les médecins et leurs auxiliaires détiennent un pouvoir de fait dans l'engagement des dépenses de santé. Il ne saurait être question de vouloir, par une limitation de leurs effectifs, commander l'évolution de ces dépenses dans un sens restrictif. Mais il serait irrationnel et, à mon sens, intolérable que l'addition de vocations individuelles pour l'exercice de la médecine commande aux autorités responsables, de manière indirecte mais irréversible, la place qui devra, pendant de longues années, être assignée aux dépenses de santé parmi les autres dépenses de la Nation.[...] L'enseignement médical [a] la particularité de conduire à l'exercice d'une profession qui dispose d'un pouvoir financier autonome en ce qui concerne l'engagement des dépenses de santé de la Nation » (archives du directeur de cabinet du secrétaire d'État au Budget de 1969 à 1973, 1A-128, art. 1).

La mise en place d'une mesure comme le numerus clausus apparaissait donc comme un compromis entre le ministère chargé de la Santé, le ministère chargé du Budget et le ministère de l'Éducation nationale. L'absence de sélection des étudiants en fin de première année de médecine pouvait, selon les décideurs de l'époque, exposer les étudiants au risque de ne pas avoir de place de stage à l'hôpital.

Le premier des arrêtés, publié en 1971, qui fixent le nombre d'étudiants en médecine porte sur le nombre de stages hospitaliers en 1974-1975, lorsque les étudiants de 1971 deviendront étudiants hospitaliers pour la première fois. Les termes de la loi sont choisis avec soin, sans mention de « sélection » des étudiants, et encore moins celle d'instituer un « concours » ou un « numerus clausus ».

1.2.2 La loi du 6 juillet 1979 : une diminution du numerus clausus de 10 % par an

En 1971, les autorités publiques ont donc institué, sans le dire officiellement, un numerus clausus en fin de première année d'études médicales. Celui-ci est fixé en fonction des capacités de formation des hôpitaux. Dans la mesure où les administrations ministérielles ne disposent ni des moyens ni de la légitimité nécessaire pour procéder à l'évaluation de ces capacités de formation à la place des responsables hospitalo-universitaires locaux, les pouvoirs publics disposent donc de peu de marges de manœuvre dans la détermination du numerus clausus.

C'est la raison pour laquelle ils ont à nouveau cherché à obtenir qu'il soit fixé également en fonction des « besoins de santé » de la population – critère qui, en raison de son caractère relativement flou, leur offrait une plus grande latitude d'action. Tirant profit de l'affaiblissement des luttes

universitaires et des inquiétudes accrues que suscitait l'accroissement du nombre de médecins parmi les syndicats de médecins libéraux, le gouvernement réussit à faire voter un article de loi en ce sens en 1979.

Le numerus clausus a ainsi été réduit de moitié entre la fin des années 1970 et le début des années 1990 (d'environ 8 500 à 3 500) sans pour autant que la prise en compte des éléments d'anticipation et de projection démographique de la démographie des médecins et des besoins de santé de la population n'ait pu être mise en évidence. Sur la période suivante, le numerus clausus a été progressivement ré augmenté pour atteindre plus de 7 600 aujourd'hui.

S'agissant des chirurgiens-dentistes, le numerus clausus fixé à près de 2 000 lors de son instauration en 1971 n'a ensuite cessé de diminuer parfois fortement jusqu'en 1992. Il s'est stabilisé de 1992 à 2001 avant d'augmenter jusqu'à 1 200 à partir de 2012.

Le numerus clausus des sages-femmes a été plus stable, autour de 700 jusqu'à la fin des années 1980, puis est descendu à 630 jusqu'au début des années 2000, pour remonter à près de 1 000 à partir de 2005 et jusqu'à nos jours.

Enfin, pour les pharmaciens, le numerus clausus est en 2016 de 3 095. De 1980 à 1989, il a baissé progressivement de 2 790 à 2 200, puis est resté stable jusqu'au début des années 2000 (2 250). A partir de 2004, le numerus clausus a cru fortement passant de 2 588 à 2 990 en 2006 puis a atteint son niveau actuel à partir de 2008.

1.3 La législation comparée en matière de régulation : le numerus clausus en Europe

À la lecture du rapport du Sénat relatif à la démographie médicale de 2008 (Sénat, 2008), on relève que bon nombre de pays, notamment européens, disposent également d'un numerus clausus qui limite l'accès aux études de médecine.

Néanmoins, le rapport indique que ce quota « n'était pas toujours déterminé en fonction des besoins futurs ». Hors le cas de l'Angleterre et des Pays-Bas, les autres pays ne déterminent pas ces quotas à partir d'une évaluation des besoins futurs en professionnels de santé.

Le mécanisme de régulation du numerus clausus apparaît dans la même période de temps pour les pays étudiés dans ce rapport : 1972 pour les Pays-Bas et pour l'Allemagne (suite à une décision de la cour constitutionnelle), et 1978 pour l'Espagne.

Dans le même temps, l'Allemagne, l'Autriche, l'Angleterre, la Suisse et le Québec restreignent la liberté d'installation des médecins conventionnés.

Le rapport de l'ONDPS² de mars 2015 sur les conditions d'installation des médecins de ville dans cinq pays européens fait apparaître deux mécanismes principaux de régulation des flux d'étudiants : une logique de sélection par les établissements, notamment en fonction de leurs capacités et une logique de planification, appuyée sur la modélisation des besoins, calibrée à l'échelle nationale et déclinée par établissement de formation (ONDPS, 2015a). La première des modalités, la sélection par les établissements, est celle qui prime en Allemagne et au Royaume-Uni tandis qu'en Espagne et en Belgique la formation des médecins fait l'objet d'une planification appuyée sur la modélisation des besoins. Le système néerlandais quant à lui associe les deux logiques.

² Le rapport de l'ONDPS intitulé : Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens, est disponible sur la page internet : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf>.

1.4 La question juridique des diplômés hors Union européenne

Depuis le début des années 1970, plusieurs lois ont fixé un cadre pour l'obtention de l'autorisation d'exercer en France, pour les professionnels titulaires d'un titre délivré hors Union européenne, souvent dénommés professionnels à diplôme hors Union européenne ou PADHUE. Cette autorisation d'exercer en France peut être pleine ou restreinte.

La **loi du 13 juillet 1972** qui concernait l'ensemble des médecins à diplôme non européen, hospitaliers ou libéraux, a permis, jusqu'en 2003, aux personnes concernées d'obtenir le droit au plein exercice de la médecine en France après réussite à un examen de contrôle des connaissances (le certificat de synthèse clinique et thérapeutique - CSCT) et après étude de leur dossier par une commission. La délivrance des autorisations d'exercice était toutefois soumise à un quota fixé par cette commission. En d'autres termes, un médecin pouvait avoir réussi le CSCT, qui est un examen, sans obtenir ensuite l'autorisation d'exercer, en raison de l'application du régime de quotas.

Entre 1974, année de la mise en place de la procédure, et 2003, le ministère de la santé a instruit 28 138 dossiers de candidatures aux épreuves de contrôle des connaissances. 4 964 autorisations d'exercice ont été délivrées, soit une moyenne de 171 par an.

La **loi du 4 février 1995** a prévu que les médecins hospitaliers en situation précaire, exerçant à l'hôpital en qualité d'étudiant « faisant fonction d'interne (FFI) », d'attaché associé ou d'assistant associé, pouvaient se présenter à des épreuves d'aptitude leur permettant d'accéder au statut de « praticien adjoint contractuel » (PAC). Ce statut octroyait une autorisation d'exercice restreinte, sous l'autorité du chef de service et seulement dans l'établissement désigné dans l'arrêté de nomination.

L'**article 60 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999** portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a procédé à une refonte du texte de 1972, tout en offrant des passerelles spécifiques d'accès au plein exercice de la profession de médecin pour les PAC.

La première des modifications concerne l'extension de l'autorisation d'exercice de la médecine pour les PAC à l'ensemble des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier.

Deuxième modification de la loi CMU de 1999, la création d'une voie permettant d'accéder directement au plein exercice de la médecine en France, sans passer par l'étape du concours ou de l'examen, pour deux catégories de PAC : ceux justifiant de trois ans d'activité en qualité de PAC et ceux, ne remplissant pas cette condition de durée, mais justifiant par ailleurs de six ans de fonctions hospitalières rémunérées dans les hôpitaux français.

Troisième modification, cette loi a interdit aux hôpitaux, pour l'avenir, le recrutement de médecins à diplôme non européen dans les conditions antérieures, sauf pour les médecins justifiant avoir exercé des fonctions dans un établissement public de santé avant la publication de la loi. Les étudiants travaillant en qualité de FFI et suivant l'Attestation de formation spécialisée (AFS) sur deux ans ou l'Attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA) sur un an devaient donc retourner dans leur pays après ces formations.

Enfin, en quatrième et dernier lieu, la loi de 1999 a institué une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice pour les diplômés extracommunautaires, se substituant à la procédure de la loi de 1972 (le décret d'application correspondant (décret n°2004-508 du 8 juin 2004) n'a toutefois été publié que le 10 juin 2004). La nouvelle procédure permet désormais aux candidats ayant réussi un concours avec épreuve de vérification des connaissances (EVC), qui se substitue au CSCT, d'être recrutés à temps plein en qualité d'assistant associé, puis d'obtenir, au terme d'un délai de trois ans d'exercice des fonctions hospitalières, l'autorisation d'exercice de leur profession en France. Cette autorisation est délivrée par arrêté ministériel pris après avis d'une commission d'autorisation d'exercice compétente.

La **loi de financement de la sécurité sociale pour 2007** a adapté la procédure relative à l'autorisation d'exercice des professions de médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste et sage-femme pour les personnes détentrices d'un diplôme extracommunautaire. Elle a également prévu des régimes dérogatoires afin d'exonérer des EVC les professionnels qui avaient déjà, dans le cadre de la précédente procédure dérogatoire créée par la loi portant création de la CMU, satisfait à ce même type d'épreuves et qui justifiaient de fonctions rémunérées en 2005 et 2006.

Deux autres dérogations consistaient à ne pas appliquer les quotas pour certains praticiens, transformant ainsi le concours en un examen. Cet examen concernait les personnes réfugiées, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial ou bénéficiaires de la protection subsidiaire ainsi que les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises. Il concernait également les praticiens ayant exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004 dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier ayant passé une convention avec une université pour participer aux missions d'enseignement et de recherche et pouvant justifier de fonctions rémunérées [(pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien, il s'agit de fonctions exercées sous les statuts d'attaché associé, de praticien attaché associé, d'assistant associé, ainsi que de faisant fonction d'interne ou d'infirmier, chef de clinique associé des universités et d'assistant associé des universités, d'auxiliaire de puériculture et d'aide-soignante (pour les sages-femmes exerçant en maternité)] au cours de deux années précédant la publication de la loi précitée.

Les professionnels remplissant ces deux dernières conditions pouvaient poursuivre leurs fonctions en qualité de praticien attaché associé ou d'assistant associé jusqu'à épuisement de leurs droits à se présenter aux épreuves et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011.

Le sénateur Yves Daudigny de la commission des affaires sociales indique en janvier 2012, dans le rapport qui porte son nom, que la question des praticiens diplômés hors de l'Union européenne est à mettre en lien avec les difficultés à recruter des professionnels de santé dans certains territoires. Selon le sénateur, il s'agissait notamment de pallier les effets de certaines « zones du territoire en voie de désertification dans l'offre de soins ».

« Il est important qu'une mesure soit adoptée le plus rapidement possible afin d'éviter tout vide juridique, qui pourrait être catastrophique pour l'organisation de certains services hospitaliers : garantir la continuité des soins doit constituer une priorité politique au service des patients. On peut également espérer qu'elle mettra fin à un enchevêtrement insensé de situations, consécutif à presque quarante années de procédures empilées au fil des réformes.

Pour autant, il est tout aussi évident que cette mesure ne résoudra pas les difficultés aiguës que les hôpitaux rencontrent pour recruter des personnels médicaux et paramédicaux, préoccupantes partout et aggravées dans certaines zones. » (Daudigny, 2012).

Suite notamment à ce rapport, la loi n°2012-157 du 1^{er} février 2012 et le décret n°2012-659 du 4 mai 2012 ont prolongé les dispositions de la loi de 2007 en prévoyant que soient admis à poursuivre des fonctions en qualité de praticien attaché associé, d'assistant associé ou de faisant fonction d'interne (uniquement dans le cadre d'une formation en cours) jusqu'à épuisement de leurs droits à se présenter aux épreuves de vérification des connaissances de la procédure d'autorisation d'exercice et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2016, les médecins et chirurgiens-dentistes remplissant les conditions suivantes :

- avoir été recruté sous certains statuts dans un établissement public de santé ou dans un établissement privé d'intérêt collectif avant le 3 août 2010 ;
- exercer des fonctions de praticien attaché associé, d'assistant associé ou de faisant fonction d'interne au 31 décembre 2011.

Outre le fait de pouvoir continuer à exercer leurs fonctions dans l'établissement qui les employait au 31 décembre 2011, ces praticiens ont la possibilité de changer d'établissement d'exercice à tout

moment, sous réserve du respect des règles applicables en matière de préavis figurant dans les contrats de travail des intéressés.

Pour la seule année 2012, les établissements de santé ont été autorisés à recruter des médecins et des chirurgiens-dentistes qui avaient cessé leur activité avant le 31 décembre 2011, sous réserve qu'ils remplissent les conditions fixées par l'instruction du 4 mai 2012 précitée. Depuis le 1^{er} janvier 2013, aucun nouveau recrutement n'est possible. Une carte de séjour « salarié » ou « travailleur temporaire » (selon la durée du contrat de travail) est délivrée aux lauréats de la procédure d'autorisation d'exercice (cf. ci-après), cette carte de séjour valant autorisation de travail.

Dans un nombre de cas restreint, cette loi de 2012 prévoit le plein exercice à certains praticiens titulaires de diplômes délivrés par un État tiers à l'Union européenne, après inscription au tableau de l'ordre professionnel concerné : les personnels enseignants associés relevant du dispositif d'autorisation temporaire d'exercice « junior-senior » (médecins recrutés par les universités en qualité d'enseignants associés des disciplines médicales qui justifient de fonctions hospitalo-universitaires dans leur pays d'origine et qui souhaitent exercer des fonctions d'enseignement et de recherche - autorisation dite « senior » - ou compléter leur formation - autorisation dite « junior » -, certains professionnels sur autorisation du Préfet ou du Directeur général de l'Agence régionale de santé exerçant en Guyane et à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que les titulaires de titres de formation de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme et de pharmacien obtenus dans la province de Québec, au titre des arrangements prévus dans le cadre de la loi HPST signés le 29 novembre 2009 par la ministre chargée de la santé et les Ordres professionnels – français et québécois – concernés).

L'instruction gouvernementale du 17 novembre 2014, relative aux conditions d'exercice et de recrutement en France des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires de diplômes étrangers, se réfère notamment à cette loi de 2012. Elle rappelle ainsi « qu'en l'absence d'obtention d'une autorisation d'exercice, le principe est celui de l'interdiction de tout recrutement, par les établissements de santé, d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme (...) ». Cette interdiction ne concerne donc pas les pharmaciens sous statut d'associé au sein des établissements publics de santé, pour les titulaires d'un diplôme obtenu dans un État tiers à l'Union européenne.

1.5 L'apport des directives européennes

Depuis la directive 75/362/CEE du Conseil³ du 16 juin 1975 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services (LPS), et la directive 75/363/CEE du Conseil du même jour visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités des médecins, de nombreux textes communautaires ont permis la libre circulation des professionnels de santé.

Ils prévoient notamment la reconnaissance automatique dans chaque État membre des diplômes, certificats et autres titres délivrés par les autres États membres. Ils fixent des exigences minimales en matière de formation de base et de formation spécialisée.

D'autres directives ont concerné les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes.

Ainsi, s'agissant des chirurgiens-dentistes, la directive du 25 juillet 1978 (78/686/CEE) vise la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de praticiens de l'art dentaire et comporte des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de LPS.

³ Expression usuelle, il faut comprendre Conseil des communautés européennes.

La reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme est le fruit de la directive du 21 janvier 1980 (80/154/CEE). Ce texte vise également à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services.

Ces premières directives ont été modifiées en 1989 (directive 89/594/CEE du 30 octobre) pour tenir compte des changements dans la dénomination des diplômes, dans le libellé de certaines spécialisations médicales, ainsi que de la création de certaines spécialisations médicales nouvelles ou de l'abandon de certaines spécialisations médicales anciennes intervenu dans certains États membres.

Pour les pharmaciens, la directive 85/433/CEE du Conseil du 16 septembre 1985 vise à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres en pharmacie, et comporte des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement pour certaines activités du domaine de la pharmacie (activités dont l'accès et l'exercice sont subordonnés dans un ou plusieurs États membres à des conditions de qualification professionnelle et qui sont ouvertes aux titulaires d'un des diplômes, certificats ou autres titres en pharmacie).

La directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, qui a consolidé les directives existantes, prévoit en particulier un régime de reconnaissance automatique des titres ou diplômes sur la base d'une coordination des conditions minimales de formation pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien. Cette directive répertorie d'ailleurs dans son annexe V, la liste des diplômes homologués.

Le bénéficiaire, détenteur du diplôme, doit pouvoir justifier au moyen d'une attestation de l'État membre de l'UE, que toutes les conditions relatives aux formations prévues par les obligations communautaires ont été remplies. Cette directive a également mis en place un nouveau système de libre prestation de services (cf. ci-après).

La directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 vient modifier la directive de 2005. Cette directive est entrée en vigueur le 17 janvier 2014 et les États membres de l'UE doivent la mettre en œuvre pour le 18 janvier 2016. Elle introduit la carte professionnelle européenne qui doit faciliter la reconnaissance des qualifications professionnelles et permettre aux membres d'une profession réglementée d'exercer leur profession dans un autre État membre de l'UE. La mise en place de cette carte est cependant soumise à une consultation des représentants des organisations professionnelles au niveau européen et des autorités nationales régissant les professions. Autres dispositifs ayant été introduits par cette directive, l'accès partiel et le mécanisme d'alerte. L'accès partiel permet ainsi à un État de n'autoriser un professionnel qu'à un domaine d'activité si les différences entre les domaines d'activité sont si grandes qu'il est nécessaire d'exiger du professionnel qu'il suive un programme complet d'enseignement et de formation pour pallier ses lacunes.

Par ailleurs, en vue d'améliorer la mobilité des médecins spécialistes qui ont déjà obtenu un diplôme de médecin spécialiste et qui suivent ultérieurement une autre formation de spécialiste, la directive prévoit que les États membres devraient être autorisés à accorder des dispenses concernant certaines parties de la formation ultérieure si celles-ci ont déjà été suivies au cours du programme antérieur de formation dans un État membre. Les États membres devraient être autorisés à accorder, dans certaines limites, de telles dispenses pour des spécialisations médicales qui sont couvertes par le système de reconnaissance automatique. Pour les sages-femmes, le niveau d'exigence quant aux connaissances et aptitudes nécessaires est augmenté (12 années d'enseignement général ou la réussite d'un examen de niveau équivalent sont désormais nécessaires pour entrer en formation).

Enfin, concernant la maîtrise de la langue, la directive réaffirme pour les autorités compétentes la possibilité d'effectuer des contrôles du niveau linguistique après la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Ainsi, depuis les années 70, les textes européens ont renforcé le principe de reconnaissance des diplômes et qualifications et cherché à faciliter le droit d'établissement et la liberté d'établissement et de prestation.

2 Étude de la jurisprudence de la Cour de justice de la communauté européenne relative aux professions de santé

2.1 Panorama de la jurisprudence communautaire depuis les années 70

Un rapide panorama de la jurisprudence communautaire depuis les années 70 permet de repérer les principes généraux du droit communautaire pris en compte dans les réflexions nationales en matière de régulation des professions de santé.

À cet égard, il est essentiel de souligner que les textes communautaires prévoient à la fois la liberté de circulation, la liberté d'établissement et la reconnaissance automatique des diplômes de professionnels de santé appartenant à l'Union européenne. Globalement, cet arsenal juridique permet aux ressortissants de l'UE de s'installer et de pratiquer dans un autre État membre.

Les arrêts de la Cour de Justice de la Communauté européenne permettent de repérer une convergence en matière de réponse juridique aux questions posées par les États membres et par les justiciables communautaires s'agissant de liberté effective d'exercice des professions de santé à l'intérieur de l'Union européenne.

Pour introduire cette étude jurisprudentielle, il importe d'observer que le levier du *numerus clausus* en tant que modalité de régulation de la démographie médicale est une compétence souveraine des États membres et ne résulte pas de la contrainte liée à une directive communautaire.

En effet, aux termes de l'arrêt « Bertini » du 12 juin 1986, nous pouvons lire sous la plume de la Cour de Justice de la Communauté européenne qu'« *aucune obligation communautaire n'impose aux États membres d'instaurer un *numerus clausus* dans les facultés de médecine* ».

Ce point est déterminant dans la mesure où on observe aujourd'hui des ressortissants nationaux qui s'expatrient dans un autre État membre lorsqu'ils ont échoué lors de leur première année en France.

La Cour de Justice poursuit dans l'arrêt « Bertini » qu'« *il en résulte que les médecins et dentistes établis dans d'autres États membres doivent se voir reconnaître toutes les garanties équivalentes à celles accordées aux médecins et dentistes établis sur le territoire national aux fins de la libre prestation de service.* ».

Les diverses tentatives des États membres de limiter l'installation de professionnels de santé extranationaux sont systématiquement refusées par le Cour de Justice de la Communauté européenne.

Ainsi l'arrêt du 30 avril 1986 « Commission/France 96/85 », pose « *l'incompatibilité avec les articles des traités de prévoir une interdiction pour les médecins et chirurgiens-dentistes d'inscription à l'Ordre professionnel en raison du maintien de l'inscription dans un autre État membre.* »

Ce point est confirmé dans l'arrêt du 16 juin 1992 « Commission/Luxembourg » concernant à la fois les médecins, chirurgiens-dentistes et vétérinaires. La Cour rappelle le « *droit, pour une personne établie dans un État membre, ou y exerçant une activité salariée, de s'établir dans un autre État membre ou d'y exercer une activité à titre salarié tout en conservant son cabinet ou son emploi dans le premier État membre.* »

De fait, les tentatives de restrictions à la liberté de circulation d'une façon générale et à la liberté d'établissement en particulier se soldent par des réponses négatives de l'autorité de justice européenne.

En revanche, si le principe de la reconnaissance automatique des diplômes s'applique pour les ressortissants de l'Union européenne, il en va bien différemment pour les professionnels qui ont reçu une formation dans un État tiers à l'Union européenne.

Ainsi les arrêts de février 1994, « Haim » et « Tawil-Albertini » concernant les chirurgiens-dentistes rappellent que *« la directive [78/686] n'impose pas aux États membres la reconnaissance de diplômes qui sanctionnent une formation acquise dans un État tiers »*. Néanmoins, selon cette même décision, il existe une *« obligation de l'État membre d'accueil qui requiert l'accomplissement d'un stage préparatoire, pour le conventionnement en tant que dentiste d'une caisse d'assurance maladie, de tenir compte de l'expérience acquise par l'intéressé dans un autre État membre »*.

Toutefois, afin d'assurer une qualité des soins suffisante, la Cour rappelle les exigences linguistiques attendant au principe de reconnaissance des diplômes. Il paraît en effet essentiel que le professionnel de santé puisse comprendre et se faire comprendre de ses patients dans le pays d'exercice.

À cet égard, l'arrêt du 4 juillet 2000 « Haim II » indique que la directive « chirurgiens-dentistes » prévoit que :

« Le conventionnement d'un praticien de l'art dentaire, ressortissant d'un État membre, établi dans un autre État membre et habilité à y exercer mais ne disposant d'aucun diplôme mentionné par la directive [93/16/CEE], peut être soumis à la condition que ce praticien ait les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de sa profession dans l'État membre d'établissement ».

Il s'agit ici selon la Cour, de raison impérieuse d'intérêt général, néanmoins soumise au respect du principe de proportionnalité.

Pour nuancer le principe de reconnaissance automatique des diplômes établi par la jurisprudence constante, un arrêt de septembre 2000 « Erpelding » observe que :

« Un médecin qui justifie d'un diplôme de médecin spécialiste obtenu dans un autre État membre, mais ne figurant pas sur la liste des formations spécialisées contenue dans la directive, ne peut se prévaloir de l'article 19 de la directive pour porter le titre professionnel de médecin spécialiste correspondant dans l'État d'accueil. »

« Seul est visé le droit, pour les médecins bénéficiaires du système de reconnaissance mutuelle des diplômes, de faire usage de leur titre de formation et, éventuellement, de son abréviation dans la langue de l'État membre d'origine, l'État membre d'accueil demeurant compétent pour autoriser le port sur son territoire du titre de formation ou d'un titre équivalent formulé dans une langue différente de celle de l'État membre d'origine. »

On peut donc retenir un principe général de reconnaissance mutuelle des diplômes ainsi que l'indique la célèbre jurisprudence « Hocsman » de 2000 concernant la directive « médecins » 93/16/CEE :

« En cas de diplômes, certificats et autres titres obtenus dans un pays tiers et déjà reconnus par un premier État membre, [il existe une] obligation pour l'État membre d'accueil de prendre en considération l'ensemble des diplômes, certificats et autres titres, ainsi que l'expérience pertinente de l'intéressé, en procédant à une comparaison entre, d'une part, les compétences attestées par ces titres et cette expérience, tant s'ils sont communautaires qu'extracommunautaires, et, d'autre part, les connaissances et qualifications exigées par la législation nationale. »

Nous relevons une interprétation stricte des directives CE par la Cour de Justice de la Communauté européenne concernant les textes relatifs aux médecins et chirurgiens-dentistes. En effet, en 2001, la décision de la Cour « Commission/Italie » annule une condition supplémentaire ajoutée par l'État membre car elle *« constitue une restriction à la liberté d'établissement et à la libre circulation des travailleurs la condition de résidence imposée par les autorités italiennes pour l'inscription au tableau*

de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. ». La Cour commente cette décision de l'État italien en pointant une « *discrimination fondée sur la nationalité.* »

2.2 Un principe général : pas de discriminations entre candidats autre que celle des diplômés

Aux termes de la Directive 75/362/CEE du Conseil, du 16 juin 1975, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services, complétée par des arrêts de la Cour de Justice de la Communauté Européenne, le principe général de la liberté d'établissement semble établi pour les professionnels de santé communautaires.

Par ailleurs et ainsi que le rappelle la jurisprudence « Broekmeulen » : « *tout traitement discriminatoire fondé sur la nationalité en matière d'établissement et de prestation de services est interdit* ».

En complément, la directive 78/686/CEE du Conseil, du 25 juillet 1978, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres du praticien de l'art dentaire et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services, considère que :

« En application du traité, tout traitement discriminatoire fondé sur la nationalité en matière d'établissement et de prestation de services est interdit ; que le principe du traitement national ainsi réalisé s'applique notamment à la délivrance d'une autorisation éventuellement exigée pour l'accès aux activités du praticien de l'art dentaire, ainsi qu'à l'inscription ou à l'affiliation à des organisations ou à des organismes professionnels ;

considérant qu'il apparaît cependant indiqué de prévoir certaines dispositions visant à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services du praticien de l'art dentaire ; considérant que, en application du traité, les États membres sont tenus de n'accorder aucune aide qui soit de nature à fausser les conditions d'établissement ».

Ainsi si l'on prend appui sur l'« affaire 96/85, Commission/France », nous pouvons lire que « *l'interdiction générale imposée à l'ensemble des médecins et praticiens de l'art dentaire établis dans un autre État membre d'exercer en France est indûment restrictive.* »

3 Le droit positif

3.1 Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens : les conditions de base pour exercer en France

3.1.1 La « nationalité » des diplômés prime sur la nationalité des personnes

L'article L. 4111-1 du Code de la santé publique (modifié par l'ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 2) stipule que nul ne peut exercer la profession de **médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme** s'il n'est :

- 1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1 (diplômes français ou de l'Union européenne figurant sur une liste établie par arrêté ministériel, ou diplômes accompagnés d'une attestation d'État certifiant que la formation est conforme et assimilée aux formations figurant sur la sus-dite liste), L. 4141-3 (avoir le diplôme français d'État de docteur en chirurgie dentaire ou le diplôme français d'État de chirurgien-dentiste) ou L. 4151-5 (avoir le diplôme français d'État de sage-femme).
- 2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de

la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ;

- 3° Inscrit à un tableau de l'Ordre des médecins, à un tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'Ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7.

Les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux 1° des articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 sont dispensés de la condition de nationalité prévue au 2.

En ce qui concerne les **pharmaciens**, selon l'article L. 4221-1 du Code de la santé publique, nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'offre toutes garanties de moralité professionnelle et s'il ne réunit les conditions suivantes :

- 1° Être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre définis aux articles L. 4221-2 à L. 4221-8.
- 2° Être de nationalité française, citoyen andorran, ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou ressortissant d'un pays dans lequel les Français peuvent exercer la pharmacie lorsqu'ils sont titulaires du diplôme qui en ouvre l'exercice aux nationaux de ce pays ;
- 3° Être inscrit à l'Ordre des pharmaciens.

L'article L. 4221-4 précise que le titulaire d'un diplôme, certificat ou titre de pharmacien délivré par l'un des États autres que la France, membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, et répondant à l'ensemble des exigences minimales de formation prévues à l'article 2 de la directive 85/432/CEE du 16 septembre 1985 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant certaines activités du domaine de la pharmacie, peut exercer la pharmacie en France :

- 1° Si ce diplôme, titre ou certificat figure sur une liste établie conformément aux obligations communautaires ou à celles résultant de l'accord sur l'Espace économique européen par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;
- 2° Ou s'il est accompagné d'une attestation des autorités compétentes de l'État, autre que la France, membre ou partie, qui l'a délivrée, certifiant qu'il sanctionne une formation répondant aux exigences énoncées ci-dessus et qu'il est assimilé dans cet État aux diplômes de la liste précitée.

Par ailleurs, l'article L. 4221-14-1 indique que le ministre chargé de la Santé peut également autoriser à exercer la pharmacie en France les ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen titulaires d'un diplôme, titre ou certificat délivré par l'un de ces États et ne satisfaisant pas aux conditions définies aux articles L. 4221-4, L. 4221-5 ou L. 4221-7 mais permettant néanmoins d'exercer légalement la profession de pharmacien dans le pays de délivrance.

Après comparaison entre la formation suivie par le demandeur et les exigences minimales de formation prévues à l'article 2 de la directive européenne 85/432 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant certaines activités du domaine de la pharmacie, le ministre chargé de la Santé peut, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, exiger que l'intéressé justifie d'une expérience professionnelle d'une durée de six mois à trois ans, acquise de manière effective et licite à temps plein ou à temps partiel pour la même durée dans l'un ou plusieurs États membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, pour autant que les activités exercées soient réglementées dans lesdits États.

Concernant les **pharmaciens**, l'article L. 422-12 précise que le ministre chargé de la santé, peut, après avis d'une commission, composée notamment de professionnels de santé, autoriser

individuellement, le cas échéant, dans la spécialité à exercer la pharmacie les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de pharmacien dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.

Par dérogation à l'article L. 4221-1, l'article L. 4221-10 prévoit que les personnes qui sont titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4221-2 à L. 4221-8, mais qui ne justifient pas de l'une des nationalités mentionnées à l'article L. 4221-1, ainsi que les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique attestée par le ministre chargé de l'Enseignement supérieur et qui ont exercé pendant trois ans au moins avant le 1^{er} janvier 1999, dans des établissements publics de santé ou dans des établissements de santé privés participant au service public hospitalier, des fonctions déterminées par décret, les plaçant sous la responsabilité d'un pharmacien, peuvent être autorisées individuellement par arrêté du ministre chargé de la santé à exercer dans ces établissements et les établissements de transfusion sanguine en qualité de contractuels.

L'article L. 4221-12 indique également qu'à compter du 1^{er} janvier 2002, le ministre chargé de la santé peut, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, autoriser individuellement à exercer la pharmacie les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique attestée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur. Ces personnes doivent avoir été classées en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances et avoir exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation des épreuves de sélection et les modalités d'exercice des fonctions hospitalières. Nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice.

L'article L. 4221-11 ajoute que le ministre chargé de la santé peut autoriser à exercer la pharmacie en France, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, les personnes ayant exercé pendant trois années les fonctions de contractuel prévues au premier alinéa de l'article L. 4221-10 ainsi que celles ne remplissant pas cette condition de durée de fonctions mais ayant à la fois satisfait aux épreuves mentionnées au deuxième alinéa du même article et exercé des fonctions hospitalières pendant six années.

3.1.2 Les diplômes français reconnus pour exercer les professions de médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes

Les diplômes français qui permettent l'exercice en France des professions de médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens sont précisément définis : il s'agit dans tous les cas de diplômes d'État, délivrés par des universités reconnues par l'État français, habilitées, par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, à délivrer le diplôme d'État. Ces diplômes sanctionnent un parcours d'études « standardisées », plus ou moins long selon les professions, et selon que les étudiants choisissent ou non de se spécialiser lorsque cela est optionnel (pharmaciens, chirurgiens-dentistes). En ce qui concerne les médecins, tous se spécialisent, puisque la médecine générale est aujourd'hui reconnue comme une spécialité à part entière.

La première année commune des études de santé (dite « PACES ») est commune aux études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de maïeutique (sage-femme). L'admission en 2^{ème} année est, comme dit précédemment, contingentée pour chacune des filières par un numerus clausus.

Rappelons que les diplômes universitaires (DU) ne sont pas des diplômes d'État : ils sont internes à l'université où ils sont enseignés et ne suffisent en aucun cas à exercer ces professions.

Concrètement, quatre diplômes d'État existent :

Médecins :

Le diplôme d'État (DE) de docteur en médecine est délivré aux étudiants ayant soutenu avec succès une thèse (thèse d'internat valant thèse d'exercice) devant un jury présidé par un professeur de médecine. La thèse est soutenue après validation du troisième semestre de fonctions d'interne. Le DE de docteur en médecine n'ouvre droit à l'exercice de la médecine en France qu'après validation du troisième cycle. Un document mentionnant l'intitulé du diplôme obtenu (spécialité) est délivré après validation du troisième cycle et la soutenance de la thèse. L'exercice de la médecine nécessite donc la qualification en médecine spécialisée (pédiatrie, psychiatrie, médecine générale...), par le biais de la préparation du diplôme d'études spécialisées (DES). Les études durent 6 ans et sont suivies de 3 à 5 années de spécialisation. La spécialisation est choisie par les étudiants en fonction de leurs affinités et des résultats obtenus aux Épreuves classantes nationales (ECN) qui viennent clore la 6^{ème} année d'études (externat).

Pharmaciens :

Le diplôme d'État de docteur en pharmacie est délivré aux étudiants ayant soutenu avec succès une thèse d'exercice devant un jury présidé par un enseignant habilité à diriger des recherches exerçant dans une unité de formation et de recherche dispensant des formations pharmaceutiques. La durée des études pour obtenir un DE est de six ans.

Les pharmaciens peuvent également se spécialiser : ils doivent alors soutenir avec succès leur mémoire de diplôme d'études spécialisées (DES) tenant lieu de thèse d'exercice. Les DES de pharmacie sont acquis à l'issue d'une formation à la fois universitaire et hospitalière (l'internat de pharmacie) d'une durée de quatre ans (qui s'ajoutent donc aux six premières années), accessible par le concours national de l'internat en pharmacie.

Ce concours donne accès, selon le rang de classement, à une formation hospitalière dans trois spécialités : biologie médicale, pharmacie hospitalière et des collectivités ou recherche.

Chirurgiens-dentistes :

Les études en vue du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire sont organisées par les universités habilitées, par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, à délivrer le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. L'accès aux études d'odontologie est subordonné à l'obtention d'un classement en rang utile à l'issue du concours de chirurgie dentaire de fin de première année commune d'étude de santé (PACES). Le numerus clausus est fixé chaque année par un arrêté ministériel. Les études sont effectuées en université et durent 6 ans. Le diplôme d'État est délivré aux étudiants ayant soutenu avec succès une thèse d'exercice. Les chirurgiens-dentistes peuvent également se spécialiser : ils passent alors le concours de l'internat qui ouvre l'accès à une formation en 3 ou 4 ans, selon les spécialités. L'internat permet ainsi d'obtenir, en plus du diplôme d'État en chirurgie dentaire, un DES (diplôme d'études spécialisées) dans l'une des trois spécialités existantes : orthopédie dento-faciale (ODF), chirurgie orale (CO), médecine bucco-dentaire (MBD).

Sages-femmes :

Le diplôme d'État de sage-femme est un diplôme de l'enseignement supérieur délivré par les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine des universités habilitées à cet effet. La formation préparant à ce diplôme est dispensée soit dans des écoles spécialisées agréées et rattachées à la maternité d'un centre hospitalier, soit depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, au sein des universités, sous réserve de l'accord du Conseil régional. L'admission dans ces écoles ou universités est subordonnée au classement à l'issue des épreuves de l'examen organisé en fin de PACES. Le diplôme d'État de sage-femme est délivré à l'issue de cinq années d'études. Il était jusqu'alors reconnu comme un diplôme de niveau « bac + 3 ». Depuis 2015, les élèves qui valident leur 5^{ème} année auront

un DE de sage-femme et également le DFASMA (diplôme de formation approfondie en sciences maïeutiques), reconnu au grade de master.

3.1.3 Pour exercer en France, l'inscription aux tableaux des Ordres est obligatoire pour tous

Les **médecins, chirurgiens-dentistes** ou **sages-femmes** titulaires d'un **diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux 1°** des articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 (diplômes français) sont dispensés de la condition de nationalité prévue au 2° de ces articles.

Quelle que soit leur nationalité, ces professionnels doivent, pour exercer en France, s'inscrire au tableau de l'Ordre de leur profession. Pour ce faire, ils doivent solliciter cette inscription auprès du Conseil départemental de l'Ordre du lieu où ils souhaitent exercer, et fournir un certain nombre de pièces justificatives : diplômes, moralité, capacité à s'exprimer en français, ...

Les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen ou de la Confédération suisse, titulaires d'un diplôme obtenu dans l'un de ces États permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme doivent aussi s'adresser à l'Ordre de la profession qu'ils souhaitent exercer (et ce sans passer par une procédure d'autorisation d'exercice et sans avoir à passer d'épreuves de vérification des connaissances, sauf si leurs diplômes ne sont pas conformes à la réglementation en vigueur).

3.2 Diplômes hors Union européenne ou diplômes de l'Union européenne non conformes aux directives européennes : les parcours et conditions pour exercer en France

3.2.1 La procédure d'autorisation d'exercice (PAE) et les commissions d'autorisation d'exercice (CAE)

Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne et hors de l'Espace économique européen (UE/EEE), ou d'un diplôme obtenu dans l'UE/EEE mais non conforme (diplôme obtenu avant l'entrée du pays dans l'UE par exemple), et qui souhaitent exercer en France, doivent faire une demande d'autorisation d'exercice, qui sera examinée par une commission d'autorisation d'exercice.

Le dossier de demande sera enregistré au Centre national de gestion (CNG), à qui il faut également fournir les attestations de diplôme correspondant à la profession que les candidats souhaitent exercer en France, traduites et validées, si besoin, par le centre ENIC-NARIC de France.

Le centre ENIC-NARIC de France est le centre d'information sur la reconnaissance académique et professionnelle des diplômes. Il établit des attestations pour les diplômes, études, et formations obtenus à l'étranger⁴.

Les dossiers de demandes d'autorisations d'exercice sont examinés en CAE. Les praticiens à diplôme obtenu hors UE devront également attester d'une expérience en France et passer des épreuves de vérifications des connaissances.

Pour les diplômes UE non conformes, si des différences substantielles avec les qualifications requises en France sont repérées, alors des mesures compensatoires seront nécessaires. Au choix du candidat, ces mesures compensatoires pourront être une épreuve d'aptitude ou un stage d'adaptation.

⁴ Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche : <<http://www.ciep.fr/enic-naric-france>>.

Les candidats ayant un diplôme obtenu dans l'UE ou dans l'EEE, conforme à la réglementation en vigueur, n'ont donc pas à passer d'épreuves de vérifications des connaissances.

Selon la situation des candidats et leurs diplômes, la procédure d'autorisation d'exercice comprend ou non plusieurs étapes, avant que la candidature ne soit examinée par la commission d'autorisation d'exercice.

3.2.1.1 Précisions sur les procédures d'autorisation d'exercice pour les diplômés hors UE ou UE qui ne bénéficient pas de reconnaissance automatique

Différentes procédures peuvent être mises en œuvre selon la situation des candidats.

Procédure Hocsman et procédure Dreessen :

Les procédures Hocsman et Dreessen sont issues de la jurisprudence, comme vu précédemment. Elles concernent un nombre marginal de candidats.

- La procédure Hocsman concerne les candidats de nationalité UE, ayant un diplôme obtenu hors UE mais reconnu par un des États membres de l'UE et EEE. Ces candidats ne passent pas d'épreuves de vérification des connaissances.
- La procédure Dreessen concerne les candidats de nationalité UE, avec un diplôme UE non conforme aux directives européennes (exemple : un pharmacien roumain qui aurait eu son diplôme en Roumanie en 1990). Ces candidats ne passent pas d'épreuves de vérification des connaissances.

Diplôme obtenu hors UE : praticiens à diplôme hors Union européenne ou PADHUE

Selon l'article L. 4111-2 du Code de la santé publique, le ministre chargé de la Santé peut, après avis d'une commission, autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.

Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité, et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française (cf. section 3.2.4). Les personnes ayant obtenu en France un diplôme inter-universitaire de spécialisation, totalisant trois ans de fonction au-delà de leur formation et justifiant de fonctions médicales rémunérées en France au cours des deux années précédant la publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, sont réputées avoir satisfait à l'exigence de maîtrise de la langue française.

Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation de ces épreuves de vérification des connaissances. Sauf pour la liste C, le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves pour chaque profession et pour chaque discipline ou spécialité est fixé par arrêté du ministre chargé de la Santé en tenant compte, notamment, de l'évolution des nombres d'étudiants déterminés conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 631-1 du Code de l'éducation et de la vérification du niveau de maîtrise de la langue française.

Le nombre maximum de candidats n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

Les lauréats aux épreuves de vérification des connaissances, candidats à la profession de médecin, doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la commission mentionnée au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Les lauréats, candidats à la profession de chirurgien-dentiste, doivent en outre justifier d'une année de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la commission mentionnée au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Les lauréats, candidats à la profession de sage-femme, doivent en outre justifier d'une année de fonctions accomplies dans l'unité d'obstétrique d'un établissement public de santé ou d'un établissement privé participant au service public. Les sages-femmes sont recrutées conformément aux dispositions du 4° de l'article L. 6152-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Les lauréats candidats à la profession de pharmacien doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la commission mentionné au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Concrètement, les titulaires de diplômes hors UE/EEE doivent donc, dans le cas général, se soumettre à une épreuve de vérification des connaissances pour pouvoir exercer en France, et ce dans le cadre d'une procédure d'autorisation d'exercice, puis, exercer un à trois ans, selon les professions, dans un établissement agréé pour la formation des internes.

Les candidats qui ont déjà exercé des fonctions dans des établissements publics de santé ou des participants au service public hospitalier en France, sous statut particulier, doivent également se soumettre aux épreuves de vérification des connaissances, puis, exercer un à trois ans, selon les professions, dans un établissement agréé pour la formation des internes.

Par ailleurs, les candidats praticiens à diplôme hors UE se répartissent sur 3 listes qui correspondent à leur situation, respectivement nommées A, B et C. Les épreuves de la liste A sont un concours alors que les épreuves de la liste C sont un examen. Rappelons que les PADHUE sont donc les seuls candidats à être soumis à des épreuves de vérification des connaissances.

Ces épreuves de vérification des connaissances sont organisées par profession et par spécialité dans chaque profession (notamment pour la médecine qui comporte de nombreuses spécialités). Il est interdit pour les candidats de se présenter à ces épreuves plus de 3 fois dans leur vie.

En plus des épreuves de vérification des connaissances, les candidats doivent présenter un dossier, composé de différentes pièces justificatives (notamment un *curriculum vitae* détaillé, pour les diplômes répondant aux exigences minimales de formation prévues par la directive européenne, une attestation de conformité) qui sera soumis à la commission d'autorisation d'exercice.

Les candidats doivent faire parvenir ces dossiers aux agences régionales de santé (ARS) qui vérifient la conformité des pièces. Les candidats peuvent envoyer leur dossier à n'importe quelle ARS, dans n'importe quelle région. Les ARS diffusent des notices explicatives aux candidats qui le demandent, concernant les pièces à fournir pour leur dossier et passer les épreuves de vérifications des connaissances.

Précisions sur les listes A, B et C dans le cadre des épreuves de vérification des connaissances (EVC)

La liste A (concours) concerne tous les candidats à diplôme hors UE/EEE sauf ceux des listes B et C.

La liste B (examen) est ouverte uniquement aux personnes justifiant de la qualité de réfugié politique, apatride, bénéficiaire de l'asile territorial, bénéficiaire de la protection subsidiaire ou français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

La liste C (examen) est ouverte uniquement aux personnes pouvant justifier de l'exercice de certaines fonctions durant une période précise en France. Ces conditions sont cumulatives :

- Pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens, il faut justifier de l'exercice, pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011, des fonctions rémunérées mentionnées au 1° de l'article 2 du décret du 4 mai 2012 ;
- Pour tous, justifier à la date de clôture des inscriptions de l'accomplissement des trois années d'exercice mentionnées au 2° du IV de l'article 83 de la loi du 21 décembre 2006 sous l'un des statuts mentionnés au 2° de l'article 2 du décret du 4 mai 2012.

Selon la loi du 1^{er} février 2012 (n°2012-157), les médecins formés hors de l'EEE peuvent pratiquer jusqu'au 31 décembre 2016, date à partir de laquelle ils doivent avoir passé l'examen lié à la procédure d'autorisation d'exercice leur permettant de continuer de travailler en France. Le texte de loi assouplit également les conditions de passage de cet examen : la limitation à trois tentatives de passage est abrogée et les médecins ayant effectué deux mois de travail rémunéré entre août 2010 et décembre 2011 et disposant de trois années d'expérience professionnelle peuvent se présenter à un test d'aptitude mettant l'accent sur les compétences cliniques plutôt que sur les connaissances théoriques. S'ensuit une période de probation d'une année à l'issue de laquelle, sur avis d'un comité médical, le médecin peut obtenir son autorisation de pratique.

Le dossier relatif au parcours professionnel pour les candidats des professions de médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien est à apporter le jour des épreuves. Il ne fait pas partie du dossier d'inscription. Il ne faut pas l'envoyer aux ARS. Il ne concerne que les candidats de la liste C.

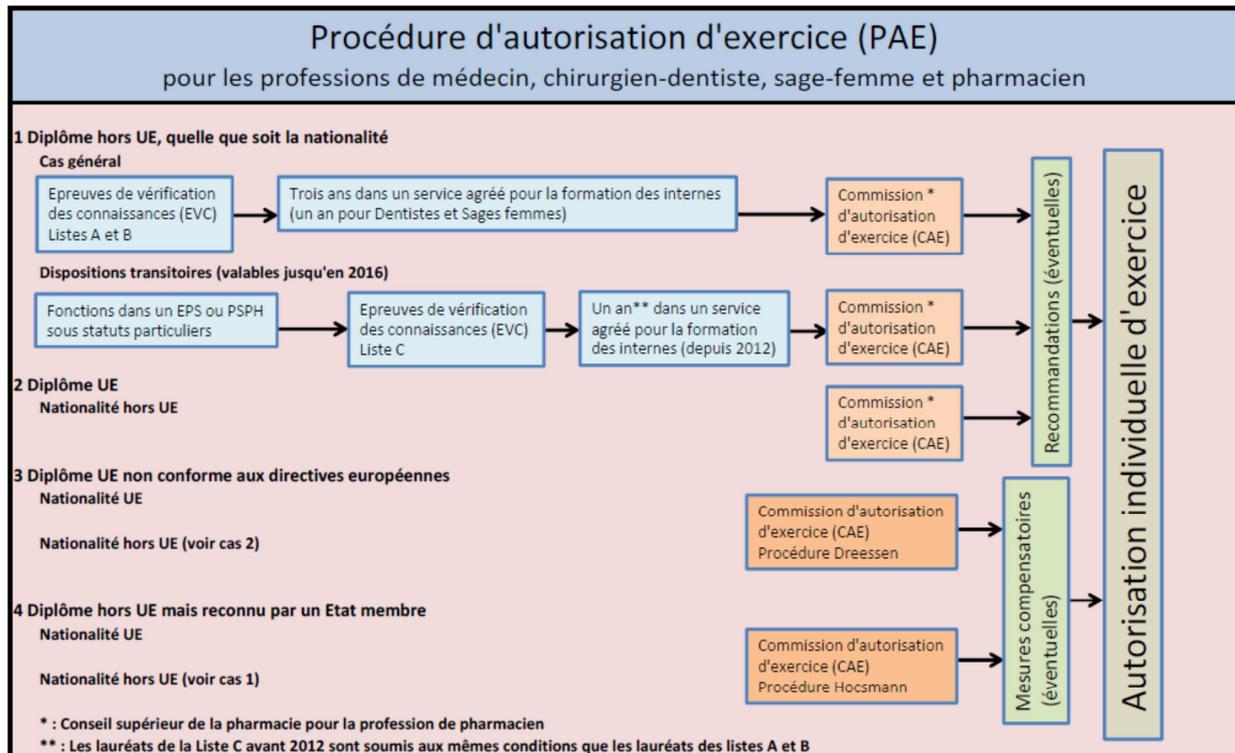
Notons par ailleurs que les épreuves écrites sont les mêmes pour tous les candidats d'une même spécialité, quelle que soit leur liste d'inscription. La correction est anonyme.

3.2.1.2 Résumé de toutes les filières possibles d'exercice en France pour les non diplômés en France

Les personnes ayant un diplôme français ou obtenu dans un pays membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, étant de nationalité UE, n'ont pas de procédure particulière à suivre mais doivent s'inscrire au tableau de l'Ordre de leur profession (après en avoir fait la demande qui sera, ou non, acceptée par l'Ordre, suivant la conformité du dossier présenté).

Pour les personnes ayant un diplôme obtenu hors UE ou EEE ou ayant un diplôme obtenu en UE mais non conforme, ou encore ayant obtenu un diplôme dans l'UE, mais n'ayant pas la nationalité d'un État membre de l'UE, 5 filières existent pour présenter un dossier à la commission d'autorisation d'exercice, dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice selon les caractéristiques.

Figure 1 : Procédure d'autorisation d'exercice



Source : CNG disponible sur le site internet :< http://cng.sante.fr/IMG/pdf/Logigramme_PAE.pdf>

On voit ainsi que cinq « filières » ou parcours sont possibles pour les candidats qui se soumettent à la procédure d'autorisation d'exercice, lorsqu'ils n'ont pas obtenu leur diplôme de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien en France. Cinq parcours qui vont tous aboutir à une étude individuelle de candidature par la Commission d'autorisation d'exercice (CAE), qui émettra ensuite un avis qui sera transmis au ministère de la Santé

Filière 1 : Quelle que soit la nationalité du candidat, s'il est titulaire d'un diplôme obtenu hors Union européenne mais permettant l'exercice (dans le pays où le diplôme a été obtenu), il doit pour pouvoir présenter son dossier à la CAE, avoir réussi les épreuves de vérification des connaissances (liste A) prévus dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice puis effectuer trois années d'exercice (ou une année pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes), dans un service agréé pour la formation des internes.

Filière 2 : Le candidat qui a la qualité de réfugié politique, d'apatride, ou de bénéficiaire de l'asile territorial, de la protection subsidiaire, ou français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises et est titulaire d'un diplôme permettant l'exercice obtenu hors Union européenne, pour présenter son dossier à la commission d'autorisation d'exercice, doit avoir réussi les épreuves de vérification des connaissances. Ce candidat relève de la liste B de la procédure d'autorisation d'exercice.

Filière 3 : Quelle que soit la nationalité du candidat, s'il est titulaire d'un diplôme permettant l'exercice, obtenu hors Union européenne et s'il peut justifier de fonctions dans un établissement public de santé (EPS) et un établissement privé participant au service public hospitalier (EPSPH) sous statuts particuliers, il doit ensuite passer les épreuves de vérification des connaissances (Liste C), puis travailler une année dans un service agréé pour la formation des internes.

Filière 4 : Les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne (nationalité française ou communautaire) ou non ressortissant de l'un de ces États et titulaires d'un diplôme permettant l'exercice, obtenu dans un État membre de l'Union européenne, mais non conforme aux directives européennes, relèvent de la procédure Dreessen.

Si un écart est observé entre ce qui est exigé par les directives européennes et le diplôme obtenu, d'éventuelles mesures compensatoires peuvent être exigées par la commission d'autorisation d'exercice.

Filière 5 : Les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne (nationalité française ou communautaire) ou non ressortissant de l'un de ces États, titulaires d'un diplôme permettant l'exercice obtenu hors Union européenne, mais reconnu par un État membre de l'Union européenne et permettant l'exercice de la profession dans cet État, relèvent de la procédure Hocsman.

Si un écart est observé entre ce qui est exigé par les directives européennes et le diplôme obtenu, d'éventuelles mesures compensatoires peuvent être exigées par la commission d'autorisation d'exercice.

En résumé, 5 filières existent qui correspondent à 5 situations différentes :

- 1/ **Diplôme hors UE et nationalité UE** : candidature à la Commission d'autorisation d'exercice + épreuves de vérification des connaissances + trois années d'exercice dans service agréé (liste A)
- 2/ **Diplôme hors UE + statut de réfugié politique, apatride ou asile territorial** : candidature à la Commission d'autorisation d'exercice + épreuves de vérification des connaissances (Liste B)
- 3/ **Diplôme hors UE + fonctions dans un EPS ou PSPH sous statuts particulier** : épreuves de vérification des connaissances + une année dans un service agréé pour la formation des internes (liste C)
- 4/ **Diplôme UE non conforme aux directives UE** : procédure Dreesen
- 5/ **Diplômes hors UE reconnu par État membre UE** : procédure Hocsman

3.2.2 La procédure d'autorisation d'exercice (PAE) : approche quantitative

3.2.2.1 Quels effectifs de candidats potentiels ?

Comme dit précédemment, la PAE doit permettre à des PADHUE, présentant aujourd'hui des statuts divers ayant en commun le fait d'être placés sous la responsabilité d'un médecin lui-même habilité à exercer la médecine en France, d'obtenir le plein exercice de leur profession en France.

Aucune statistique fiable ne permet aujourd'hui de quantifier ce nombre de PADHUE ne bénéficiant pas du plein exercice du fait de l'autonomie de gestion des établissements de santé. Aussi, seuls quelques chiffres issus de données d'enquêtes sont disponibles.

Selon une enquête diligentée en 2005, sur des bases déclaratives, par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé, dans les EPS et les EPSPH, les médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne participant à l'activité sous la responsabilité d'un médecin et déclarés par les établissements ayant répondu à l'enquête étaient au nombre de 6 750 (DHOS, 2005). La répartition par statut montrait que 48 % des médecins avaient le statut de faisant fonction d'interne (FFI)⁵, 28 % celui de praticien attaché associé et 15 % celui d'assistant associé. Les 9 % restant, classés en « autres », exerçaient irrégulièrement ou sur des

⁵ Dans le cas où un poste, dans une structure agréée, susceptible d'être offert à un interne ou à un résident n'a pu être mis au choix des internes ou des résidents, ou s'il n'a pas été choisi, le directeur de l'établissement de santé peut, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne intéressée, décider de faire appel, pour occuper provisoirement ce poste en tant que faisant fonction d'interne, à un médecin, un étudiant en médecine, un pharmacien ou à un étudiant en pharmacie appartenant à l'une des catégories mentionnées à l'article R. 6153-43. – cf. précision en [Annexe 3](#).

postes non agréés. Si l'on se réfère aux données de l'enquête sur les statistiques annuelles des établissements de santé⁶ (SAE) de cette même année 2005, l'effectif total au sein des établissements de santé français de FFI, médecins praticiens attachés et médecins assistants était de près de 16 700 ETP. Ce chiffre englobe toutes les situations sans qu'il ne soit possible de distinguer l'origine des diplômés. La réalité sur le nombre de PADHUE cette année 2005 se situe donc dans cette large fourchette.

Par ailleurs, toujours selon la SAE, entre 2004 et 2014, le nombre d'ETP d'assistants et d'attachés des médecins, odontologistes et pharmaciens est passé de 12 800 à 13 500. Du fait de leur imprécision, ces données ne permettent cependant pas, une fois encore, de tirer des conclusions sur l'évolution des effectifs de PADHUE.

Suite à une nouvelle enquête de la DHOS en 2007, la Fédération des praticiens de santé (FPS) estimait que près de 6 800 praticiens à diplôme extra-européen travaillaient dans des EPS ou dans des EPSPH. Parmi ceux-ci, 3 443 avaient le statut de FFI (50,6 %), 800 (11,8 %) étaient assistants associés, 2 371 (34,9 %) étaient praticiens attachés associés et 274 (4 %) avaient le statut de faisant fonction d'infirmiers (DHOS, 2007).

Enfin, une étude du CNG menée en 2011 auprès des candidats de la liste C aux EVC, rapportait que 42 % d'entre eux travaillaient sur des postes médicaux de FFI ou de praticiens attachés associés, tandis que 46 % exerçaient des fonctions d'infirmiers (citée dans Daudigny, 2012).

Notre intérêt s'est porté ensuite d'une part sur les **FFI** et d'autre part sur les étudiants inscrits en **DFMSA et DMFA**⁷ qui sont des étudiants étrangers. FFI et étudiants en DFMSA et DFMA occupent des postes dans les établissements hospitaliers. Ceux-ci peuvent peut-être, dans une certaine mesure, répondre pour l'hôpital à la problématique des sous-effectifs. Par ailleurs, au vu des résultats des enquêtes présentées précédemment, ces FFI représenteraient entre 40 et 50 % des effectifs estimés de PADHUE.

Concernant les FFI, des extractions des données de la base SAE ont été réalisées. Seul le nombre de FFI total (sans distinction de la profession) est disponible et peut être mis en regard du nombre d'internes et FFI. Une extraction par département a été réalisée pour les années 2010 et 2014.

Ainsi, par exemple, en France (hors DOM) en 2014, 2 326 FFI étaient enregistrés pour un total de 8 581 internes en médecine générale, 18 229 internes en médecine (hors générale), 1 671 internes en pharmacie et 277 internes en odontologie, soit 7,5 % de FFI au regard du nombre total d'internes et FFI (cf. [Annexe 4](#)).

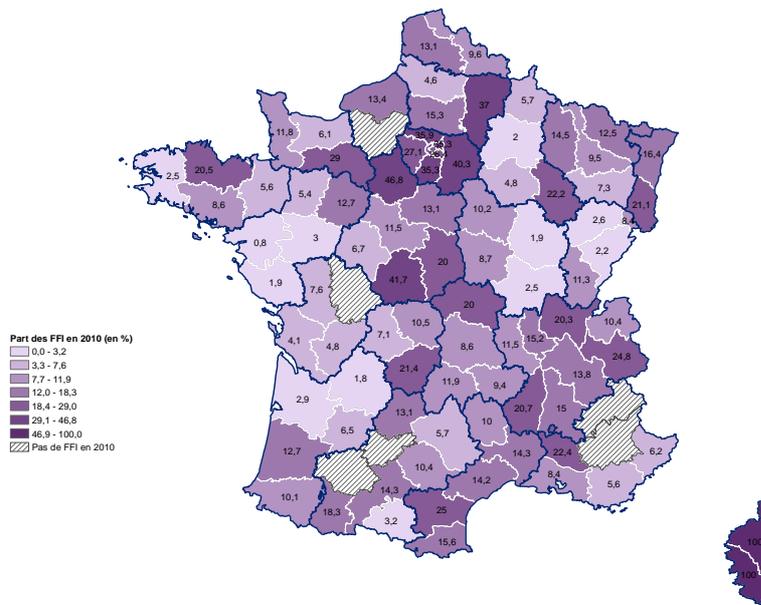
Certains départements enregistrent une part plus élevée de FFI. Il s'agit par exemple de l'Essonne, de l'Aisne et de l'Allier pour lesquels les FFI représentent plus de 30 % des postes de FFI et internes en 2014. A l'inverse dans d'autres départements, aucun FFI n'est recensé (Ariège, Aveyron, Deux-Sèvres, Dordogne, Haute-Loire, Lozère, Mayotte, Tarn-et-Garonne, Tarn).

⁶La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) « est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DOM) y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins » Les données sont collectées par la Drees [en ligne] : <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm> (consulté le 18 décembre 2015).

⁷ Les médecins et les pharmaciens autres que les ressortissants des États membres de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Confédération suisse ou de la Principauté d'Andorre, peuvent, dans les conditions prévues par le présent arrêté, suivre des enseignements théoriques et des stages de formation pratique prévus par la maquette des diplômes d'études spécialisées (DES) et des diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) réglementés par les décrets et les arrêtés susvisés, en vue d'obtenir un diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) ou un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA). Seuls les pharmaciens qui souhaitent suivre une formation spécialisée en biologie médicale peuvent bénéficier des dispositions du présent arrêté (Bulletin Officiel n°32 du 9 septembre 2010).

Depuis 2010, l'évolution a été variable selon les territoires. À l'échelle de la France, la part de FFI a légèrement diminué (passant de 12,8 % à 7,5 % correspondant à respectivement 3 979 et 2 326 FFI). La diminution des effectifs de FFI peut être la traduction des interdictions de recruter pour les établissements de santé énoncés dans les lois successives de 1999, 2002 et 2012. La très grande majorité des départements a connu des baisses de la part des FFI à l'exception de quelques départements situés principalement dans le quart nord-est de la France et présentant de faibles densités de médecins.

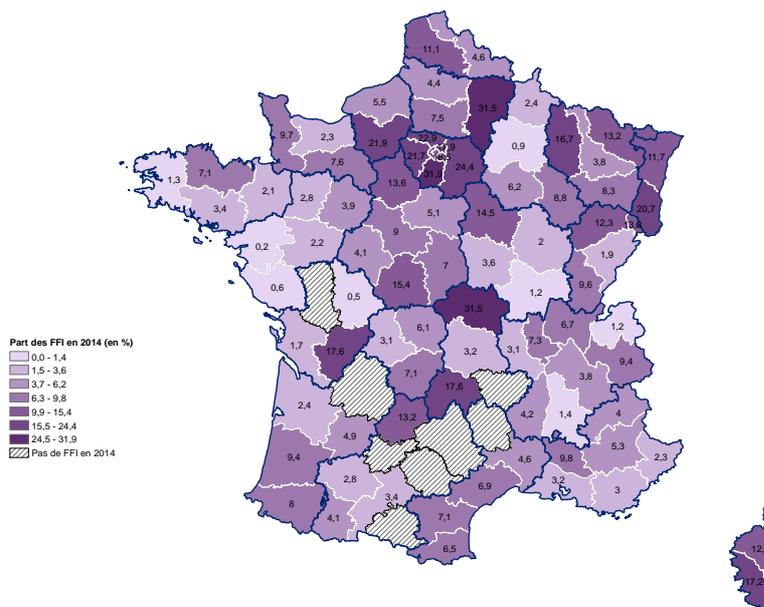
Figure 2 : Part des faisant fonction d'interne (FFI) en 2010*



Source : SAE 2014 et 2015 ; exploitation Fnors/ORS

* Anciennes régions

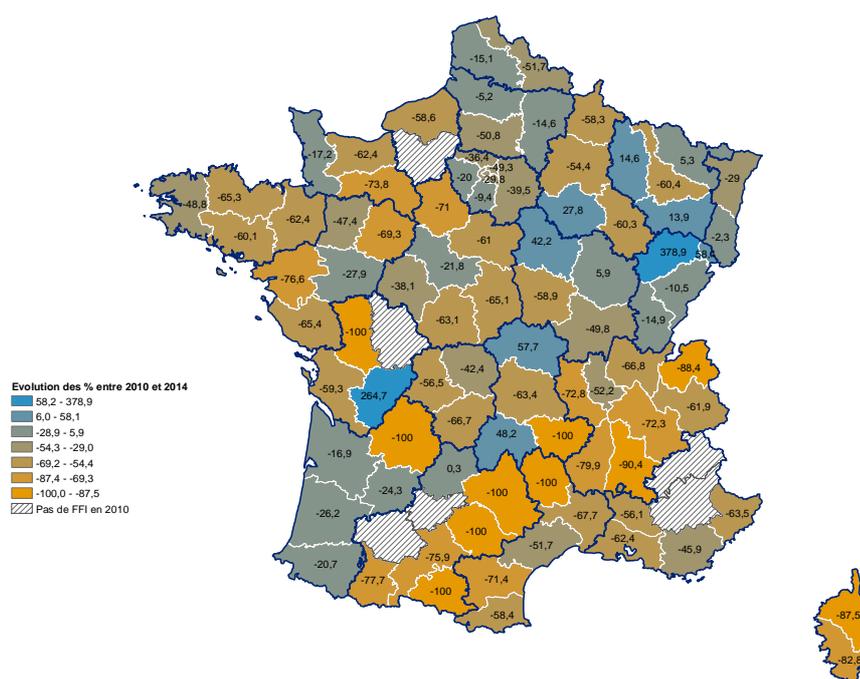
Figure 3 : Part des FFI en 2014*



Source : SAE 2014 et 2015 ; exploitation Fnors/ORS

* Anciennes régions

Figure 4 : Évolution de la part des FFI entre 2010 et 2014*



Source : SAE 2014 et 2015 ; exploitation Fnors/ORS

*Anciennes régions

Concernant les candidats DFMS/DFMSA affectés à des postes à l'hôpital d'une part dans le cadre du contingent national (postes qui font l'objet d'une déclaration d'ouverture de postes de FFI dans les hôpitaux et les services agréés pour la spécialité) et, d'autre part, dans le cadre des postes dit de coopération (poste de FFI non déclarés au contingent national et réservés par la Faculté et la direction de l'hôpital concerné à des accords de coopération), des données ont été communiquées par la Faculté de médecine de Strasbourg qui gère les inscriptions en DFMA/DMFSA, pour les années universitaires 2011/2012 à 2015/2016. Par année, de 532 à 665 candidats DFMA ou DFMSA sont affectés dans le cadre du contingent national (soit autour d'un quart des postes de FFI enregistrés en 2014) et de 115 à 185 dans le cadre des postes de coopération. Les pays d'origine des étudiants étrangers (hors Europe) les plus représentés sont les trois pays du Maghreb (Maroc, Algérie et Tunisie), avec plus de 40 % des candidats, ainsi que le Liban (pour lequel les postes de coopération sont en fortes proportions depuis l'année universitaire 2012/2013).

3.2.2.2 Évolution du nombre d'inscrits aux épreuves de vérification de connaissances (EVC) depuis 2007

La procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne telle que définie par la circulaire n°2007-61 du 7 février 2007 abrogée par l'instruction n°DGOS/RH1/RH2/RH4/2014/318 du 17 novembre 2014 visait notamment à mieux prendre en compte l'expérience acquise par certains praticiens recrutés depuis plusieurs années dans les établissements de santé. Cette circulaire prévoyait en premier lieu des épreuves de vérification des connaissances (EVC). Ce sont les résultats de ces EVC qui sont présentés dans cette partie du rapport.

Toutes listes confondues, le nombre d'inscrits aux EVC a augmenté fortement entre 2007 et 2014 passant de 3 455 à 5 317 avec un maximum de candidats inscrits en 2011 de 6 270 (Figure 5). Ce nombre important de candidats en 2011 n'est probablement pas la conséquence des dispositions transitoires prévues par la circulaire de 2007 pour les candidats de la liste C (possibilité de passer

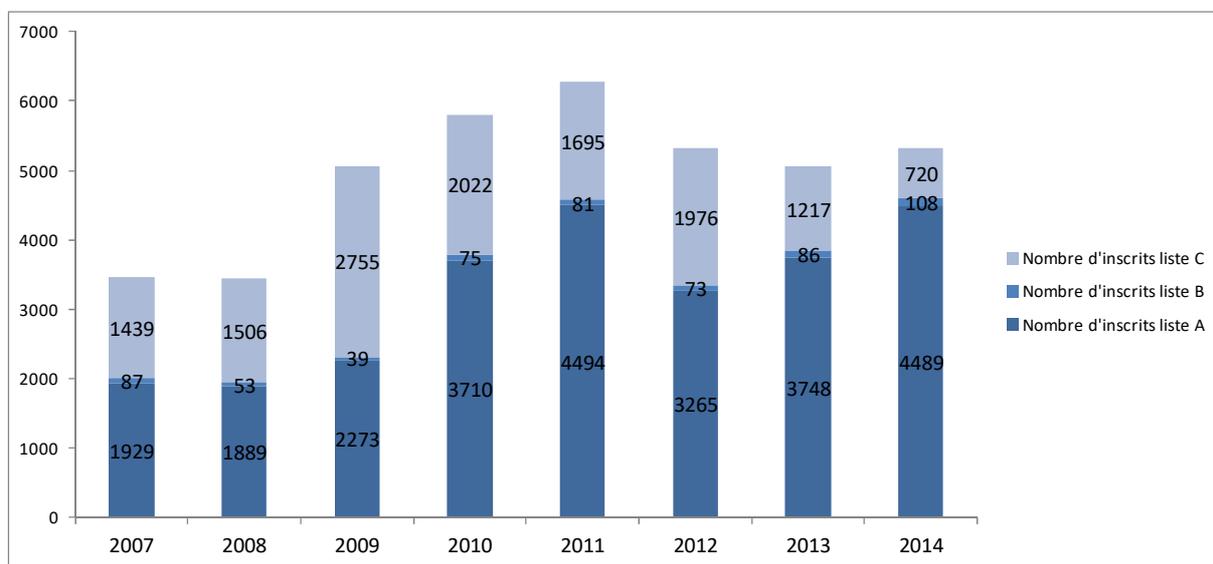
l'examen jusqu'au 31 décembre 2011) car ceux inscrits sur cette liste C sont moins nombreux en 2011 que pour les années précédentes. C'est bien le nombre d'inscrits sur la liste A qui augmente les effectifs de 2011.

Entre 2011 et 2013, le nombre de candidats inscrits a connu une baisse (environ 15 % entre 2011 et 2012 et près de 5 % entre 2012 et 2013) pour augmenter de nouveau entre 2013 et 2014 (+ 5,3 %). L'effectif des candidats inscrits sur la liste A a plus que doublé au cours des 8 années d'observation (Figure 5), et a augmenté de plus de 37 % entre 2012 et 2014. Le nombre de postes ouverts sur cette liste A (les autres listes n'étant pas, pour rappel, un concours mais un examen) est passé de 183 en 2007 à 300 à partir de 2012. Ainsi, le nombre de candidats inscrits pour un poste est passé de 11 à près de 15. Concernant la liste C, après une croissance sur la période 2011 à 2012 (imputable à la nouvelle réglementation qui permet aux anciens candidats de la liste A de s'inscrire sur la liste C sous certaines conditions), l'effectif des candidats baisse sensiblement pour atteindre son plus bas niveau en 2014 avec 720 candidats. Cette forte décroissance peut être la traduction du nombre important de régularisations ayant été faites par la PAE depuis 2007 et de l'épuisement progressif des effectifs de praticiens en poste dans les établissements de santé et en attente de régularisation.

La part des candidats inscrits sur la liste A parmi l'ensemble des candidats est toujours majoritaire à l'exception de l'année 2009. Cette proportion est allée en augmentant au cours des années, passant de près de 56 % en 2007 à 84 % en 2014.

Si le nombre d'inscrits à la PAE augmente, il en va de même du taux d'absentéisme aux EVC. Il est en effet passé de 39 % toutes listes confondues en 2007 à plus de 50 % en 2014. C'est sur la liste A que ce taux d'absentéisme est le plus élevé pour atteindre un maximum de près de 57 % en 2013. Le nombre limité de places ouvertes pour les candidats de la liste A pourrait partiellement expliquer le nombre important de désistements des candidats, ceux-ci s'inscrivant sans savoir s'ils passeront réellement le concours. Les candidats de la liste C sont quant à eux « contraints » d'être lauréat de la PAE pour poursuivre leur exercice en France, et donc de participer aux EVC.

Figure 5: Évolution du nombre d'inscrits à la Procédure d'autorisation d'exercice selon la liste entre 2007 et 2014



Source : CNG ; exploitation Fnors

3.2.2.3 Les effectifs de lauréats aux épreuves de vérification des connaissances (EVC) selon la profession

Entre 2007 et 2014, 8 668 candidats, toutes professions confondues, ont été retenus sur les différentes listes. Ce nombre de lauréats est très différent entre les médecins et les autres

professions. Ainsi, les médecins représentent près de 96 % de cet effectif, les odontologistes 1,6 %, les sages-femmes 1,4 % et les pharmaciens polyvalents 1,1 %. En moyenne, sur la période 2008-2014 ce sont près de 1 100 médecins qui sont lauréats annuellement, 18 chirurgiens-dentistes, 16 sages-femmes et un peu moins de 12 pharmaciens. Ces différences s'expliquent pour partie par le nombre de postes ouverts sur la liste A (publié par un arrêté annuel). En 2014, 5 postes étaient ouverts pour les sages-femmes, 5 pour la pharmacie polyvalente et respectivement 5 et 2 postes pour l'odontologie et l'orthopédie dento-faciale (ODF) contre 280 pour les spécialités médicales. Chez les médecins, le nombre de lauréats varie également selon les spécialités. Ainsi en 2014, près de 19 % des lauréats concernaient des postes de médecine générale, puis loin derrière, les postes de radiodiagnostic et imagerie médicale (8,6 %), la psychiatrie (7 %), puis l'anesthésie-réanimation, la cardiologie, la gériatrie et la pédiatrie tous compris entre 5 et 6 %.

3.2.2.4 Le profil des candidats

La majorité des candidats est de sexe masculin. Ils étaient ainsi près de 53 % des candidats en 2014 : près de 51 % sur la liste A, 74 % sur la liste B et 63 % sur la liste C. Cependant, en 2014, parmi les lauréats, les femmes sont plus représentées sur la liste A (un peu moins de 52 %), tandis que les hommes sont majoritaires sur la liste C (un peu moins de 60 %). De même, toujours en 2014, le taux de réussite à l'examen de la liste C est favorable aux femmes avec 73 % contre 63 % pour les hommes, tandis que ce taux de réussite est identique pour les deux sexes sur la liste A (proche de 15 %).

En 2013, les candidats des différentes listes ont un âge médian de 35,7 ans pour les hommes et de 34,2 ans pour les femmes. Depuis 2009, les candidats de la liste A vieillissent, passant de 32,9 ans d'âge médian à 34,3 ans en 2013. A l'inverse, les candidats de la liste C ont un âge médian qui baisse pour s'établir à 37,2 ans d'âge médian en 2013, contre 39,5 ans en 2009. Les candidats de la liste C, qui doivent justifier d'une expérience en France, sont donc logiquement plus âgés.

La part des candidats de nationalité française semble décroître au cours du temps passant de 33 % de l'ensemble des candidats en 2008 à 18 % en 2012. Aucune information ne permet de savoir si ces candidats sont français de naissance ou s'ils ont acquis la nationalité.

Les personnes ayant la nationalité d'un des trois pays du Maghreb (Algérie, Maroc et Tunisie) représentent une part croissante des candidats, passant de 37 % en 2008 à près de 49 % en 2012.

3.2.3 Activités des commissions d'autorisation d'exercice (CAE)

3.2.3.1 Composition des commissions d'autorisation d'exercice (CAE)

Le décret du 22 septembre 2014 relatif à la procédure et aux CAE pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien a pour objet de modifier la composition des CAE compétentes pour donner un avis au ministre sur les demandes d'autorisation d'exercice des professions médicales et pharmaceutiques présentées par les titulaires de diplômes délivrés dans les États membres de l'Union européenne et dans les États tiers à l'UE.

S'agissant des professions médicales, ce texte apporte également des précisions dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice (fonctions hospitalières dans la spécialité, ouverture aux établissements privés, contrôle de la langue française...) et modifie la composition des commissions, en permettant la représentation des spécialités des chirurgiens-dentistes et, en lieu et place de la Direction générale de la santé, celle de la Fédération hospitalière de France ; s'agissant des pharmaciens, le décret crée une nouvelle CAE qui reprend les missions antérieurement exercées dans ce domaine par le Conseil supérieur de la pharmacie.

Ce décret prévoit dans son article 3 que la commission est chargée de rendre l'avis prévu à l'article R. 4111-14 siège dans une configuration particulière pour chacune des quatre professions.

Elle comprend différents représentants-experts : Conseil national de l'Ordre professionnel concerné, Fédération hospitalière de France, Centre national de gestion...

En outre, cette commission comprend des membres spécifiques, selon qu'elle se réunisse autour des candidatures de médecins, de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes ou de pharmaciens : élus des ordres, professionnels spécialistes, professionnels représentants syndicaux, représentants d'associations professionnelles, ...

Pour chacun des membres titulaires, un suppléant est désigné dans les mêmes conditions que ceux-ci. Il siège aux séances de la commission en l'absence du titulaire. Les membres titulaires et suppléants de la commission sont nommés par arrêté du ministre chargé de la Santé pour une durée de cinq ans renouvelable.

3.2.3.2 L'examen des dossiers de candidature par la commission d'autorisation d'exercice (CAE) puis la décision du ministère de la santé

La CAE émet un avis, pour chaque candidat ayant un diplôme qui ne fait pas l'objet d'une reconnaissance automatique (que les candidats aient ou non passé les épreuves de vérification des connaissances, selon leur situation), avis qu'elle transmet au ministère de la santé. Si cet avis est favorable et qu'il est suivi par le ministère de la Santé, les candidats obtiennent une autorisation individuelle ministérielle ouvrant droit à l'exercice en France sans limitation de durée.

La commission d'autorisation d'exercice est une commission paritaire. Le rythme des réunions est défini par arrêté ministériel, au niveau national.

Parfois l'ensemble du processus s'étend sur plus d'un an, voire plus longtemps.

3.2.3.3 Les autorisations d'exercice délivrées par les commissions nationales d'autorisation d'exercice en 2013 et 2014

La mise en œuvre de la loi du 1^{er} février 2012 qui vise à soutenir la régularisation de la situation des praticiens qui sont en France depuis plusieurs années a fait augmenter le nombre de dossiers de demandes d'autorisation nationale d'exercice adressés au CNG. Pour les médecins, le nombre de dossiers reçus est passé de 1 016 en 2012 à 1 718 en 2014. Pour les pharmaciens, le nombre de demandes d'autorisation nationale d'exercice a presque doublé passant de 46 en 2012 à 87 en 2014. En 2014, le nombre de dossiers reçus pour les sages-femmes est de 2 et de 35 pour les chirurgiens-dentistes.

Tableau 1 : Nombre d'avis favorables délivrés par les commissions nationales d'autorisation d'exercice en 2013 et 2014 selon la profession

	2013		2014	
	PAE	Hocsman / Dreesen	PAE	Hocsman / Dreesen
Médecins	832	100	942	85
Sages-femmes	6	1	1	2
Chirurgiens-dentistes	24	19	23	16
Pharmaciens et pharmaciens-biologie médicale	21	12	50	14
Total	883	132	1 016	117

Source : CNG ; exploitation Fnors/ORS

Au cours des deux années 2013 et 2014, les commissions nationales d'autorisation d'exercice ont délivré 2 148 avis favorables pour des lauréats des EVC et 249 avis favorables dans le cadre des procédures Hocsman et Dreesen. L'écrasante majorité des avis rendus concerne les médecins qui rassemblent 91 % des avis favorables. A l'opposé, les sages-femmes n'ont bénéficié que de 10 avis favorables sur les 2 années. Pour ces dernières, en 2013 comme en 2014, plusieurs dossiers de demande d'autorisation ont concerné, dans le cadre de la procédure Dreesen, des personnes de

nationalité communautaire (souvent françaises) ayant effectué leur formation en Belgique, alors que cette formation a été reconnue non conforme. Ainsi, la majorité des candidates font l'objet de mesures compensatoires.

Concernant la procédure Hocsman, qui concerne les diplômés hors UE reconnus par un des États membres, l'Espagne est le pays qui délivre le plus d'homologations du diplôme de base en médecine. Ainsi, en 2013 et 2014, sur les 235 homologations incluses dans les dossiers soumis au CNG, 155 concernaient l'Espagne (soit 66 %). En deuxième position se trouve la Roumanie avec 29 homologations (12 %), puis en troisième l'Angleterre avec 15 homologations (6 %). Dans son rapport d'activité 2014, le CNG précise que « *l'Espagne délivre des homologations sur présentation d'un dossier (...)* » sans que les candidats ne soient soumis à une épreuve de contrôle des connaissances comme en France. Le CNG ajoute que des candidats issus notamment de pays du Maghreb ou de pays de l'Est obtiennent l'homologation en Espagne puis demandent l'autorisation d'exercer en France dans le cadre prévu par la procédure Hocsman.

Les candidats de nationalité hors Union européenne titulaires d'un diplôme délivré par un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen doivent également présenter un dossier devant la commission d'autorisation d'exercice. En 2013 et 2014, ce sont respectivement 11 et 13 avis favorables qui ont été délivrés par les commissions pour les médecins.

3.2.4 Exercice professionnel et maîtrise de la langue française : les tests de langue et le rôle des Ordres professionnels

Selon leur parcours de formation et leur parcours professionnel, certains candidats sont « réputés maîtriser le français » (ceux qui ont déjà obtenu certains diplômes en France, ceux qui ont travaillé dans certaines conditions en France).

Le CNG indique sur son site que depuis l'année 2010, les lauréats des épreuves de vérification des connaissances doivent produire une attestation de réussite au test de connaissance de la langue française (TCF-TEF⁸) équivalent au niveau B2⁹ ou le diplôme d'étude en langue française (DELF) au minimum de niveau B2 au moment du dépôt de leur dossier devant la commission d'autorisation d'exercice. Seuls sont dispensés de cette obligation les titulaires du diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS).

Par ailleurs, l'article D. 4111-12-1 du Code de la santé publique (modifié par le décret n°2014-1071 du 22 septembre 2014 - art. 2) stipule qu'il est justifié du niveau suffisant de maîtrise de la langue française mentionné au I de l'article L. 4111-2 lors de l'inscription aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du même article, par l'obtention d'un des titres prévus par arrêté du ministre chargé de la santé. Les candidats de nationalité française et les internes à titre étranger sont dispensés de cette justification.

Néanmoins, ceux pour lesquels il peut encore exister des doutes sur la maîtrise du français au moment de l'inscription aux tableaux des Ordres professionnels, sont susceptibles de subir d'autres tests de langue, gérés par les Ordres (qui semblent aujourd'hui relativement standardisés, au moins pour les médecins).

⁸ TCF : Test de connaissance du français du ministère de l'Éducation nationale : <http://www.tcf-tef.net/index.php/fr/> ;

TEF : Test d'Évaluation en Français de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris : <http://www.tef-tcf.net/index.php/fr/>

DELF : Diplôme d'étude tout public en Langue Française : <http://www.ciep.fr/delf-tout-public>.

⁹ Cf. Cadre européen commun de référence pour les langues (CECR).

3.3 D'autres possibilités pour exercer en France : les autorisations temporaires d'exercice et la libre prestation de service (LPS)

Hors procédure d'autorisation d'exercice (PAE), d'autres possibilités d'exercer en France existent, mais elles sont toutefois limitées dans le temps et la durée et ne permettent pas un exercice « plein et entier ».

3.3.1 Les autorisations temporaires d'exercice

En ce qui concerne les médecins, des autorisations temporaires d'exercice peuvent être délivrées aux médecins par le ministre de la santé en application de l'article L. 4131-4 du Code de la santé publique.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4111-1, des personnes de nationalité française ou étrangère ne remplissant pas les conditions définies par cet article peuvent, en vue de compléter leur formation, être autorisées individuellement par le ministre chargé de la Santé à exercer temporairement la médecine dans un centre hospitalier universitaire ou dans un établissement de santé ayant passé convention avec un centre hospitalier universitaire, à condition qu'elles justifient de leur qualité de médecin et d'une fonction hospitalière et universitaire au sein d'un établissement hospitalo-universitaire, depuis au moins trois ans.

La durée maximum pour laquelle l'autorisation peut être accordée ainsi que les modalités selon lesquelles elle est délivrée, sont fixées par décret pour une période maximale de 5 ans pour les autorisations dites « Senior » (article 5 du décret n°91-966 du 20 septembre 1991) et 3 ans pour les autorisations dites « Junior » (article 4 du décret n°98-310 du 20 avril 1998). Ces médecins ne peuvent assurer leurs fonctions que dans un centre hospitalier universitaire ou un établissement de santé ayant passé convention avec un CHU.

Ces autorisations peuvent aussi être délivrées en application de l'article L. 4111-4 du Code de la santé publique : aux médecins attachés à un établissement hospitalier établi sur le territoire français par un organisme étranger et reconnu d'utilité publique avant le 10 juin 1949. Cette mesure ne concerne toutefois plus que l'hôpital Américain de Neuilly-sur-Seine.

Les médecins bénéficiaires de ces autorisations sont inscrits au tableau de l'Ordre et soumis au Code de déontologie médicale pendant la période prévue par l'autorisation délivrée. Ils ne peuvent exercer en dehors de l'établissement de santé où ils sont affectés.

3.3.2 La libre prestation de service réservée aux diplômés de l'UE ou EEE, médecins, sages-femmes ou chirurgiens-dentistes

Les autorisations temporaires de service doivent être bien distinguées de la libre prestation de service (LPS).

La libre prestation de service est définie par l'article L. 4112-7 du Code de la santé publique qui stipule que le médecin, le praticien de l'art dentaire ou la sage-femme ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités de médecin, de praticien de l'art dentaire ou de sage-femme dans un État, membre ou partie, peut exécuter en France, de manière temporaire et occasionnelle, des actes de sa profession sans être inscrit au tableau de l'Ordre correspondant.

L'exécution de ces actes est subordonnée à une déclaration préalable, qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé.

Le prestataire doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à la réalisation de la prestation.

Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme prestataire de services est tenu de respecter les règles professionnelles applicables en France et est soumis à la juridiction disciplinaire compétente (cf. [Annexe 2](#)).

Lorsque les titres de formation ne bénéficient pas d'une reconnaissance en application des [articles L. 4131-1](#), [L. 4141-3](#) et [L. 4151-5](#), les qualifications professionnelles du prestataire sont vérifiées avant la première prestation de services. En cas de différence substantielle entre les qualifications du prestataire et la formation exigée en France pour l'exercice de la profession de médecin dans la spécialité concernée, de chirurgien-dentiste, le cas échéant dans la spécialité concernée, ou de sage-femme, de nature à nuire à la santé publique, les autorités compétentes demandent au prestataire d'apporter la preuve qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment au moyen de mesures de compensation.

Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme peut faire usage de ses titres de formation dans la langue de l'État qui les lui a délivrés. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il les a obtenus.

Dans le cas où le titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, le Conseil national de l'Ordre concerné peut décider que le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme fera état du titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'il lui indique.

La prestation est réalisée sous le titre professionnel français de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme. Toutefois, lorsque les titres de formation ne bénéficient pas d'une reconnaissance en application des articles L. 4131-1, L. 4141-3 et L. 4151-5 et dans le cas où les qualifications n'ont pas été vérifiées, la prestation est réalisée sous le titre professionnel de l'État d'établissement, de manière à éviter toute confusion avec le titre professionnel français.

Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de la durée, de la fréquence, de la périodicité et de la continuité de l'activité du médecin (article 5.2 de la directive 2005/36/CE).

En ce qui concerne les pharmaciens, des mesures législatives de transposition en droit français de la directive 2005/36/CE ont été adoptées par l'ordonnance n°2008-507 du 30 mai 2008 introduisant, pour ces professionnels, le principe de la « libre prestation de services » (LPS) dans le Code de la santé publique (article L. 4222-9) et la publication du décret n°2009-958 du 29 juillet 2009 et de l'arrêté du 19 février 2010. Ainsi, et conformément aux dispositions de l'article L. 4222-9 du Code de la santé publique, un pharmacien, ressortissant d'un État, membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaire d'un diplôme obtenu dans l'un de ces États, et qui est établi et exerce légalement les activités de pharmacien dans l'un de ces États, peut exécuter en France, de manière temporaire et occasionnelle, des actes de sa profession, sans être inscrit au tableau de l'Ordre national des pharmaciens français.

D'après les informations obtenues auprès des Ordres professionnels, le dispositif de LPS semble être relativement limité pour les quatre professions de santé étudiées :

- au 1^{er} janvier 2015, 87 médecins exerçaient sous le régime de LPS,
- 25 demandes entre 2012 et 2015 ont été enregistrées pour les chirurgiens-dentistes,
- 30 pour les sages-femmes entre 2012 et 2015 et,
- 6 pour les pharmaciens entre 2011 et 2015.

Les autorisations de LPS sont en général valables un an.

L'Ordre national des sages-femmes a également précisé que pour les 30 demandes de LPS de 2012 à 2015, 14 provenaient de sages-femmes professionnelles exerçant en Belgique, 9 en Suisse, 6 en Allemagne et 1 en Italie.

L'Ordre a aussi indiqué qu'il n'avait pas autorité pour vérifier les lieux où exercent les praticiennes ayant une autorisation de LPS. Le renseignement du lieu d'exercice de la LPS est effectivement facultatif dans le formulaire de déclaration (Arrêté du 20 janvier 2010 relatif à la déclaration préalable de prestation de services pour l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme). Pour les sages-femmes provenant de Belgique, l'Ordre signale qu'*a priori* elles exercent leurs activités dans les zones transfrontalières.

S'agissant des chirurgiens-dentistes, sur les 25 demandes (parmi lesquelles 7 concernent 2 professionnels qui ont fait une première demande puis des renouvellements), 20 sont de 2015. Pour les 20 professionnels ayant une LPS entre 2012 et 2015, les pays de provenance (lieux d'exercice) sont le Royaume-Uni dans 9 cas, la Roumanie dans 5, l'Italie dans 3 et l'Allemagne, la Grèce, et le Danemark dans un cas chacun. À noter que pour la plupart, le pays d'obtention du diplôme est identique au lieu d'exercice sauf pour 4 professionnels dont 2 exerçant au Royaume-Uni mais ayant obtenu leur diplôme en Irlande et 2 exerçant en Allemagne et Italie ayant obtenu un diplôme en France. Par ailleurs, notons qu'un Français (nationalité) ayant obtenu son diplôme et exerçant au Danemark a donc fait une demande de LPS en France. L'Ordre national des chirurgiens-dentistes dispose de l'information sur le lieu de prestation pour 16 praticiens. Neuf restent dans le Pas-de-Calais, et 1 dans chacun de ces territoires : Paris, Corse, Seine et Marne, Charentes, Gers, Corrèze et dans la Somme. Ces données confirment le caractère transfrontalier des LPS car toutes les prestations réalisées en Nord-Pas-de-Calais ont été réalisées par des britanniques et que celle réalisée en Corse l'a été par un italien.

Le dispositif de LPS semble donc avoir une ampleur très limitée. Notons aussi qu'en particulier dans les zones transfrontalières, il est très probable que le taux d'activité pour ces LPS ne soit pas de 100 % mais bien plus faible. En effet les professionnels dans ces zones exercent *a priori* une activité de part et d'autre de la frontière, souvent dans plusieurs cabinets ou établissements¹⁰.

3.4 L'entrée dans le cursus français de formation d'étudiants formés hors de France

Dans ce rapport est traitée essentiellement la question des flux de professionnels de santé formés à l'étranger et venant exercer en France avec un diplôme obtenu à l'étranger (une mesure de ces flux sera apportée dans le chapitre suivant). Viennent également d'être abordées des situations dans lesquelles des professionnels ont d'autres possibilités d'exercer en France sous des statuts bien spécifiques.

L'ensemble de ces professionnels viennent perturber les dispositifs français de régulation, en particulier le *numerus clausus*. Mais un autre sujet émerge souvent dans les débats : celui des étudiants qui intègrent en cours de formation le cursus en France et le terminent en étant titulaires d'un diplôme d'État français.

Comme le décrit l'ONDPS dans son rapport de 2015 pour les études médicales, le dispositif autorise une entrée en deuxième année (après la PACES) ainsi qu'à l'entrée dans l'internat, mais selon des modalités différentes suivant le pays d'origine des étudiants.

Les étudiants originaires de France, d'un pays de l'UE ou de pays membres de l'EEE, de la principauté d'Andorre ou encore de la confédération helvétique bénéficient de places ouvertes qui sont incluses dans le *numerus clausus* fixé à titre principal. Les autres étudiants étrangers peuvent se présenter, auprès de chaque unité de formation et de recherche (UFR), dans la limite d'un « dépassement admis » de 8 % maximum du NC principal. Toutefois, précise l'ONDPS, « le nombre d'étudiants

¹⁰ Communication personnelle, Henri Lewalle, coordinateur des projets de coopération transfrontalière GEIE Observatoire franco-belge de la santé (OFBS) et LUXLORSAN, Grange Région et investi notamment dans la création de ZOAST : zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers.

effectivement admis à ce titre ne semble pas faire l'objet d'un suivi systématique par les universités, a fortiori au niveau national. » (ONDPS, 2015b).

Concernant l'entrée dans l'internat par les ECN (épreuves classantes nationales), elle concerne les étudiants ayant déjà validé leur second cycle en France (quelle que soit leur nationalité) ; en dehors, elle n'est possible que pour les étudiants français ou européens (au sens large) qui auront suivi un second cycle hors de France et souhaitent intégrer l'internat de médecine en France.

L'analyse des effectifs d'étudiants se présentant aux ECN laisse apparaître un nombre relativement réduit d'étudiants qui présentent un deuxième cycle européen (258 inscrits en 2014 sur un total de 8 783 inscrits) (ONDPS, 2015b). Au final, cette année-là, 182 étudiants formés dans une université étrangère seront affectés à un poste d'interne. Les universités de Roumanie, Grèce et Italie sont les plus fréquentes. Parmi ces 182 étudiants, 31 sont de nationalité française. Il est intéressant de souligner que ces étudiants ayant jusque-là suivi un cursus hors de France vont être affectés, du fait de leur rang de classement aux ECN, dans des spécialités moins attractives (concentration plus importante en médecine générale et médecine du travail) et dans des régions à faible taux d'adéquation (postes pourvus/postes ouverts) (Source : CNG ; exploitation ONDPS).

Flux entrants : les professionnels à diplôme étranger exerçant en France

Faits marquants

- Des écarts entre les données ordinales et les données issues du traitement de la base RPPS/Drees du fait notamment de définitions différentes des populations
- Une définition des professionnels à diplôme étranger reposant sur la prise en compte des données relatives uniquement aux diplômes d'État donnant droit à exercer les professions : DE (Diplôme d'État français), DEEE (équivalent pour l'Espace économique européen) et DAU (Diplôme étranger obtenu hors UE/EEE)
- Des enjeux variables selon la profession : au 1^{er} janvier 2015, la part de diplômés à l'étranger est de 9,7 % pour les médecins, 6,1 % pour les odontologistes, 5,8 % pour les sages-femmes et plus faible pour les pharmaciens (1,5 %)
- Une tendance à la hausse depuis 2012 des professionnels à diplôme étranger, aussi bien en termes d'effectifs que de parts par rapport à l'ensemble des professionnels, en particulier chez les chirurgiens-dentistes (+ 19 % par an entre 2012 et 2015)
- Des particularités chez les sages-femmes : très peu de diplômes obtenus en dehors de l'Europe ; une diminution depuis 2010 des primo-inscrites diplômées à l'étranger à l'inverse des autres professions
- Une tendance récente : les effectifs de diplômés (notamment médecins et chirurgiens-dentistes) originaires des pays de l'Est de l'Europe (Roumanie et Bulgarie) en légère diminution au profit des diplômés en Espagne ou Italie
- Pour les médecins, une représentation plus forte des diplômés à l'étranger chez les spécialistes que parmi les généralistes
- Une attractivité des modes d'exercice variable selon les professions et les spécialités et variable entre diplômés en France et diplômés à l'étranger
- En dehors des médecins, une part non négligeable de professionnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger et nés en France (12,7 % pour les chirurgiens-dentistes, 78 % chez les sages-femmes et 22,9 % chez les pharmaciens, contre seulement 2,8 % chez les médecins) ; des proportions plus élevées en considérant la nationalité française de ces professionnels diplômés à l'étranger
- Des différences d'âges également selon les professions et l'origine des diplômes : en moyenne, des diplômés à l'étranger (notamment ceux ayant obtenu un diplôme en Europe) plus jeunes que les diplômés en France
- Des parts de médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes diplômés à l'étranger plus élevées dans certains territoires enregistrant de faibles densités médicales (analyse non réalisée pour les pharmaciens pour lesquels les effectifs sont réduits et la problématique de la densité ne se pose pas de la même manière au vu des règles d'installation pour cette profession).

La première partie constitue une approche descriptive des données mobilisées dans le cadre de ce projet. Elle se base sur une revue de la littérature des principaux travaux menés en France en matière de démographie des professionnels de santé et d'une confrontation de résultats issus de l'exploitation des bases du RPPS traitées ici et de ceux publiés par les organismes tels que les Ordres professionnels, la Drees et l'ONDPS. La liste des principaux documents et des sites Internet parcourus est présentée en annexe (cf. [Annexe 5](#)).

Elle a permis de confirmer que des écarts existent entre les données ordinales et celles issues du traitement des bases RPPS retravaillées par la Drees (utilisées dans le cadre de ce projet et dénommées ci-après bases RPPS/Drees), ceci limitant dans une certaine mesure la comparabilité avec les données publiées.

Cette étape a permis aussi d'identifier les variables d'intérêt dans le cadre de ce projet et de proposer une méthode d'analyse pouvant être reproduite à l'avenir pour l'analyse des flux de diplômés à l'étranger.

Ensuite les bases RPPS/Drees de 2012 à 2015 pour les 4 professions de santé ont été exploitées afin d'étudier les parts et flux des praticiens diplômés à l'étranger et de présenter les principaux résultats. Enfin, à l'instar de ce qui avait déjà été étudié par l'ONDPS, une analyse des flux sortants de professionnels à diplôme étranger est proposée pour les professionnels inscrits dans la base RPPS en 2012 et ne l'étant plus en 2015.

4 Examen des données existantes et exploration de la base RPPS

4.1 Principales observations

La démographie médicale est principalement traitée par les organismes ordinaux notamment sous l'angle de la densité de professionnels complétée des flux entrants. Les flux sortants sont très peu voire non abordés (cf. le paragraphe 6.1).

Des écarts entre les données ordinales et celles issues des bases RPPS/Drees existent et sont liés :

- à des différences de populations de professionnels de santé intégrées dans les analyses. Le RPPS/Drees prend en compte uniquement les professionnels inscrits à l'Ordre « en activité ». Les Ordres professionnels quant à eux adoptent en général (notamment pour les médecins et les sages-femmes¹¹) un champ plus large en intégrant l'ensemble de leurs inscrits, à savoir les actifs mais aussi ceux à la retraite mais encore inscrits à l'Ordre voire, notamment pour les sages-femmes¹², les inscrites à l'Ordre mais sans activité et pour les médecins, les inactifs temporaires.
- à des différences de définition. En effet, notamment pour les médecins, la définition d'un « actif » n'est pas la même entre le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) et le RPPS/Drees. L'Ordre prend en compte parmi les « actifs », les actifs « réguliers », les remplaçants et les inactifs temporaires. Le RPPS/Drees considère comme « actifs » les actifs réguliers et les remplaçants, mais reprend aussi les retraités en cumul emploi-retraite et exclut les inactifs temporaires,
- à des traitements opérés sur le RPPS par la Drees qui procède sur les bases brutes à des vérifications, des apurements, des recodages... (Drees, 2015a),
- à un manque parfois de précisions sur les données exploitées. À titre d'exemple, il n'est parfois pas indiqué dans des publications si c'est la nationalité ou le pays de diplôme qui a été considéré, ou encore si c'est le diplôme principal qui a été retenu ou l'ensemble des diplômes alors qu'il s'agit pour cette étude d'un aspect central, développé ci-après (cf. le paragraphe 4.2). De plus, il manque également souvent des précisions sur les variables proprement dites exploitées et qui sont parfois multiples. Par exemple, dans la base RPPS/Drees, deux variables peuvent être utilisées : « annee_EFFECTEXERCICE » et « annee_DEBUTPI » pour exploiter l'année de 1^{ère} inscription du professionnel enregistré. De

¹¹ Comme confirmé via un contact avec l'Ordre ou explicitement précisé dans les sources bibliographiques.

¹² Ce champ des sages-femmes sans activité permet d'après l'ONDPS d'éclairer les éventuels problèmes d'accès à l'emploi des jeunes professionnelles en recensant notamment les primo-inscrites sans activité.

même au sujet de la nationalité du professionnel, deux variables existent : « payid_naissance » et « payid_origine ».

Dans le cadre de cette étude, les variables employées sont indiquées en annexe (cf. [Annexe 6](#)). Elles ont été choisies :

- en fonction des définitions de la Drees (2014) mais aussi,
- après vérification des données et de leur cohérence par rapport à la question (par exemple pour identifier l'année d'inscription du professionnel, il a été vérifié quelle variable correspondait à la date la plus ancienne parmi l'« annee_EFFETEXERCICE » et l'« annee_DEBUTPI »),
- lorsque deux variables semblaient pouvoir répondre à une même question, en fonction du nombre de données manquantes (choix de la variable comportant le plus faible nombre pour ces dernières),
- et en vue d'être homogène entre les professions (certaines variables n'existent par exemple pas pour une profession) et les années (il a été vérifié la disponibilité des variables dans les bases RPPS/Drees de 2012 à 2015).

Des tableaux en annexe (cf. [Annexe 7](#)) fournissent par profession quelques chiffres issus des documents publiés et du traitement des bases RPPS/Drees et illustrent, pour différentes variables (nombre d'actifs, nombre de nouveaux inscrits...), les écarts parfois observés.

4.2 Population retenue dans le cadre de cette étude et choix du diplôme

Comme signalé précédemment, dans le cadre de cette étude, les données sont extraites du RPPS fourni par la Drees. La population étudiée porte donc sur les professionnels en activité au 01/01/2015, incluant les actifs réguliers, les remplaçants et ceux cumulant emploi-retraite (voir le détail au paragraphe [4.1](#) et en [Annexe 7](#)).

Dans la suite de l'étude, l'intérêt porte sur la description des **flux entrants de professionnels formés hors de France** (qu'ils soient Français ou étrangers), afin d'évaluer leur impact potentiel au regard du numerus clausus et, de vérifier si ces flux entrants répondent dans une certaine mesure à la problématique des territoires sous-dotés en professionnels. C'est donc la variable **pays de diplôme** qui a principalement été exploitée.

S'est alors posée la question du ou des diplômes à considérer pour ces exploitations. En effet, pour deux des professions étudiées (médecins et pharmaciens), les praticiens peuvent détenir plusieurs diplômes, dont un diplôme principal et des diplômes complémentaires.

D'après le dictionnaire des variables RPPS de la Drees, « *les diplômes sont numérotés de 1 à 5 selon une règle basée sur l'importance du diplôme* :

- en premier, les diplômes d'État de docteur en médecine ou l'équivalent pour l'Espace économique européen (EEE) (DE, DEEE) ;
- en deuxième, les diplômes d'études spécialisées complémentaires de niveau II, DESC 2 qualifiant ;
- en troisième, les diplômes d'études spécialisées (DES), les CES, les qualifications reconnues par les commissions ou les équivalents pour l'EEE (CES, DES, DEES, CQ) ;
- en quatrième, les DESC1 et les capacités (reconnues nationalement), soit les diplômes non qualifiants) (DESC 1, CAPA).
- Enfin, les autres diplômes non-qualifiants qui apportent éventuellement une compétence supplémentaire DU, Attestation, diplôme étranger hors EEE... » (Drees, 2014).

En théorie, les diplômes obtenus à l'étranger hors UE/EEE sont donc renseignés en variable 5. En pratique, il a été constaté dans les bases RPPS/Drees que les diplômes d'un pays hors UE et hors EEE

donnant droit à exercer la profession (appelés DAU), peuvent, selon les situations, être enregistrés dans les variables 1 à 5. En effet, ils le sont dans la 1^{ère} variable lorsque le professionnel ne dispose que de ce DAU (ex : cas en 2015 pour 8 648 médecins) mais peuvent également apparaître dans les variables 2 à 5 selon le nombre d'autres diplômes complémentaires (ex : DES, CAPA, ...) obtenus par le praticien (diplômes d'ailleurs obtenus en général en France sauf pour les DEES validés en Europe). Ainsi en 2015, pour illustration, 3 008 DAU de médecins sont enregistrés en variable 2 (2^{ème} diplôme), 822 en variable 3, 180 en variable 4 et encore quelques-uns en variable 5 (cf. [Annexe 8](#)).

Ainsi, sur la base des actifs du RPPS/Drees, plusieurs exploitations ont été menées en considérant :

- Définition A : uniquement le diplôme renseigné dans la variable n°1 (« tdiid1 » et ses variables associées telles que « payiddip1 » pour pays d'obtention du diplôme 1, « anneeobtdip1 » pour année d'obtention du diplôme 1...). Avec cette version, les détenteurs de DAU, diplôme donnant droit à exercer obtenu dans un pays hors UE et hors EEE, ne sont pas toujours intégrés, d'après les constats mentionnés ci-dessus. Une part des diplômés à l'étranger hors UE/EEE est ainsi écartée dans cette analyse.
- Définition B : l'ensemble des diplômes renseignés dans les variables 1 à 5. Dans ce cas le nombre de diplômes total est plus élevé que le nombre de professionnels, un praticien pouvant avoir obtenu plusieurs diplômes (un diplôme d'État donnant droit à exercer et des complémentaires). L'analyse sur un nombre total de praticiens fait ainsi augmenter artificiellement la part de diplômés à l'étranger. Rapporté au nombre total des diplômes, l'information obtenue s'écarte un peu de l'objectif d'étudier les flux de professionnels. À noter de plus qu'un certain nombre de professionnels ont obtenu un diplôme d'État à l'étranger et viennent valider des diplômes complémentaires en France, ce qui réduit la part de diplômes étrangers (à 7,4 % pour les médecins). Une autre variante de cette définition B pourrait être basée sur le nombre de professionnels ayant au moins un diplôme étranger (il est de 22 007 pour les médecins par exemple) ce qui produit encore un autre résultat.
- Définition C : uniquement le diplôme principal donnant droit à exercer la profession, à savoir le diplôme d'État français (DE), le diplôme d'État d'un pays de l'UE ou de l'EEE (DEEE) ou le diplôme d'un pays hors UE et hors EEE (DAU) en considérant le pays d'obtention de ces trois types de diplômes. Chaque professionnel inscrit devant avoir obtenu un de ces trois diplômes, le nombre correspond bien à l'effectif total des professionnels. Pour médecins et pharmaciens, la sélection de ces praticiens se fait ainsi ici sur les 5 variables du diplôme. Pour rappel, pour les odontologistes et les sages-femmes, une seule variable diplôme existe.

Le [Tableau 2](#) illustre les chiffres et écarts observés selon ces trois définitions. Pour les médecins, la part des diplômes obtenus à l'étranger varie de 7,4 à 12,9 % selon la façon de procéder. Pour les pharmaciens, les écarts sont moins flagrants (1,0 à 1,5 %) du fait d'effectifs et de parts de diplômés à l'étranger plus faibles que pour les médecins.

La définition C paraît réduire les biais de sélection introduits par le choix unique du diplôme renseigné dans la variable 1 ou du choix de l'ensemble des diplômes sans différenciation du type de diplôme. Après proposition de ce choix dans le rapport d'étape et à des interlocuteurs de la Drees, **les extractions ont été menées sur la base de la définition C avec prise en compte des pays d'obtention des diplômes principaux DE, DEEE et DAU pour l'ensemble des actifs du RPPS**. Les résultats obtenus par profession sont présentés ci-après.

Parmi les données publiées et identifiées dans cette revue de la littérature, cette définition des diplômes étrangers n'est jamais précisée.

Tableau 2 : Illustration des écarts observés selon la définition des diplômes intégrée dans l'analyse (analyse conduite sur l'ensemble des actifs du RPPS)

Définition	Effectifs Totaux	Effectifs de diplômes obtenus à l'étranger	Parts de diplômes obtenus à l'étranger en %	Ex : Effectifs de diplômes obtenus en Roumanie	Ex : Parts de diplômes obtenus en Roumanie parmi les diplômes étrangers en %
Médecins					
Définition A	222 150	17 625	7,9	3 734	21,2
Définition B	222150 (nb professionnels)	28 607	12,9	6404	22,4
	386 514 (nb diplômes total)		7,4		
	222150 (nb professionnels)	22 007 *	9,9		
Définition C	222 150	21 563	9,7	3 887	18,0
Pharmaciens					
Définition A	74 345	740	1,0	41	5,5
Définition B	74345 (nb professionnels)	1 093	1,5	50	4,6
	87989 (nb diplômes total)		1,2		
Définition C	74 345	1 098	1,5	50	4,6

Définition A : diplômes de la variable 1

*Définition B : ensemble des diplômes des variables 1 à 5 ; * ce chiffre correspond à un nombre de professionnels ayant au moins un diplôme étranger*

Définition C : uniquement les diplômes donnant droit à exercer DE, DEEE et DAU renseignés dans les variables 1 à 5

Source : RPPS/Drees 2015 ; exploitation FNORS/ORS

Même si les analyses portent principalement sur le pays de diplôme des professionnels en activité, la question de la **nationalité ou du pays de naissance** est abordée dans certains traitements. Différentes variables existent dans le RPPS pour illustrer cet aspect de l'état civil des professionnels inscrits : PAYID_NAISSANCE, PAYID_ORIGINE ou NATIONALITE

- Les variables NATIONALITE et PAYID_ORIGINE sont confondues dans le RPPS/Drees (la première étant utilisée en 2012 et l'autre pour les années suivantes). Elles ne permettent pas de distinguer les personnes nées à l'étranger de celles ayant acquises la nationalité française, y compris après l'obtention de leur diplôme. La variable relative à l'année d'acquisition de la nationalité française n'est pas suffisamment renseignée pour affiner cette analyse.
- La variable PAYID_NAISSANCE est moins bien renseignée que celle relative au pays d'origine mais elle seule permet de distinguer les personnes nées à l'étranger, analysées suivant leur lieu d'obtention du diplôme donnant droit à exercer en France.

À titre d'illustration, parmi les médecins ayant obtenu leur diplôme dans un pays extra-européen, 70 % sont de nationalité française (variable PAYID_ORIGINE) alors qu'ils sont 2 % à être nés en France (variable PAYID_NAISSANCE) (cf. 5.2.3). Cette précaution sera reprise dans la suite de l'analyse.

4.3 Autres enseignements méthodologiques de la revue de la littérature

Dans les publications des Ordres, des points non approfondis dans cette étude sont traités.

Compte tenu des différences de champs relevées précédemment (cf. paragraphe 4.1 et Annexe 7), le CNOM par exemple isole la notion d'activité régulière (les médecins actifs réguliers sont au nombre de 198 365 en 2015 soit moins nombreux que les médecins en activité selon le RPPS/Drees). Ils sont définis sur l'application de carte interactive du CNOM, comme étant des « *médecins qui exercent en*

secteur libéral/mixte ou salarié (hors remplaçants) n'ayant pas fait valoir leurs droits à la retraite »¹³. Suite à un contact avec l'Ordre, il a aussi été précisé que ces médecins en activité régulière sont ceux qui disposent d'une adresse professionnelle autre qu'identifiée. Les analyses ont porté dans ce rapport sur l'ensemble des professionnels en activité selon le RPPS/Drees, sans analyse spécifique des médecins remplaçants ni de ceux cumulant un emploi-retraite. Il aurait pu être intéressant par exemple de vérifier si, selon l'origine du diplôme, le taux de remplaçants varie.

Par ailleurs, il n'a pas semblé utile de s'intéresser aux activités que cela soit en termes de nombres ou de nature, l'étude portant sur les effectifs de professionnels. Notons cependant que nature d'activité voire taux d'activité (temps de travail) pourraient être des sujets à approfondir, dans le cadre d'une problématique d'adéquation entre offre et besoins de soins (santé). Les médecins notamment seraient de plus en plus nombreux à ne vouloir pratiquer qu'une activité à temps partiel (Le Fur, 2009). Les nouvelles générations de médecins souhaitent pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée, hommes comme femmes (CNOM, 2015). Les bases RPPS ne recensent toutefois pas ces informations.

Concernant les **pharmaciens**, de nombreux indicateurs spécifiques sont aussi déclinés dans les panoramas de l'Ordre national (ex : les nombres d'établissements et les effectifs d'inscrits dans les secteurs publics et privés pour les pharmaciens biologistes (section G) et l'évolution des structures juridiques des laboratoires de biologie médicale, les modes d'exploitation des officines...) mais ne semblent pas être d'intérêt dans le cadre de la présente étude. Notons que la densité n'est pas pour cette profession calculée sur la base du nombre de praticiens mais sur la base du nombre d'officines. Cette information n'est pas disponible dans le RPPS.

S'agissant des densités de **sages-femmes**, il paraît plus pertinent de les calculer au regard de la population de femmes en âge de procréer (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) ce que fait l'Ordre. À noter que dans son rapport, le CNOSF (2010) met également en regard, les effectifs de sages-femmes et les naissances par territoire étudié.

Un des enjeux de l'étude des flux de professionnels consiste en l'évaluation des évolutions au cours du temps. Cependant les bases RPPS ne sont disponibles que depuis 2012. Au vu des écarts probables entre les données Adeli (données antérieures aux bases RPPS pour lesquelles les variables ne sont pas toutes identiques) et celles issues du RPPS, il a été préféré ne pas se reporter à ces bases Adeli et donc d'approcher les flux des nouvelles inscriptions au cours des années au moyen des variables du RPPS. Aussi, à l'instar des Ordres, il a été porté un intérêt à l'année de première inscription avec une déclinaison des nombres de nouveaux inscrits par année de 1^{ère} inscription ayant obtenus leur diplôme à l'étranger (cf. 5.6). Cette façon de procéder comporte néanmoins un biais puisque les données ne sont disponibles que pour les seuls « encore inscrits » à la date de la base.

4.4 Critères retenus pour l'analyse par territoire

Différents croisements ont ainsi été testés dans cette étude. Les résultats de corrélation entre différents indicateurs sont présentés à titre d'exemple pour les médecins en **Annexe 9**. Sur cette base, le principal croisement développé ci-après concerne la densité des praticiens en fonction de la part des professionnels à diplôme étranger. Cette analyse a aussi reposé sur le croisement de la part des professionnels à diplôme étranger avec l'indicateur **d'accessibilité potentielle localisée (APL)**.

Proposé par l'Irdes et la Drees, cet indicateur est une mesure de l'accessibilité spatiale aux médecins libéraux. Il est calculé pour chaque commune et s'exprime en nombre de médecins accessibles, en équivalent temps plein, pour 100 000 habitants (comme une densité). Il prend en compte les

¹³ En application des dispositions de l'article R 4127-85 du Code de la santé publique, l'activité régulière détermine, comme lien habituel d'exercice du médecin, sa résidence professionnelle, au titre de laquelle, il est inscrit au tableau du Conseil départemental conformément à l'article L 4112-1. Autrement dit, l'activité régulière est composée de médecins qui exercent une activité au même endroit (CNOM, 2013).

déséquilibres potentiels entre l'offre et la demande de soins, puisqu'il tient compte, côté offre, de l'activité des médecins dans la commune de résidence et les communes avoisinantes et, côté demande, de la structure par âge de la population dans un rayon donné d'exercice des médecins. Il présente néanmoins plusieurs limites (cf. [Annexe 10](#)). L'APL, disponible pour l'année 2010, mesure donc la facilité avec laquelle la population d'un territoire a accès au médecin. Elle se distingue des calculs de densités classiques, en prenant en compte les temps d'accès et l'activité des médecins. La méthodologie de l'APL aux médecins généralistes libéraux est explicitée en détails dans les documents publiés en 2012 par l'Irdes et la Drees (Barlet et *al.*, 2012a, 2012b, 2012c). Sur la base d'une méthodologie tout à fait similaire, l'APL a été également calculée pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Concernant la profession de pharmaciens, c'est l'APL non pas aux professionnels mais aux pharmacies (structures) qui a été déclinée par la Drees.

L'APL ayant été calculée par la Drees à l'échelle communale, l'indicateur a ici été évalué pour le niveau départemental (territoire d'étude retenu) sur la base d'une moyenne des valeurs des communes, pondérée par la population des communes. À titre d'information, les résultats départementaux de l'APL sont présentés en [Annexe 11](#).

Il a pu ainsi être constaté que la corrélation a en général légèrement été augmentée lorsque le croisement de la part des professionnels à diplôme étranger a été réalisé avec l'APL (en comparaison au croisement avec la densité) (cf. détail par profession ci-après).

Soulignons aussi qu'en 2015, le CNOM a produit ce même type d'analyse pour dresser trois profils de régions en fonction de la densité des médecins généralistes libéraux/mixtes et des variations des effectifs entre 2007 et 2015 (CNOM, 2015). À titre d'information, les profils dressés sont les suivants :

- un profil dont la densité est relativement faible et dont les effectifs ont fortement chuté,
- un profil qui regroupe des régions dont la densité médicale se situe dans la moyenne supérieure et dont les effectifs ont faiblement baissé,
- un profil recensant un ensemble de régions dont la densité médicale est forte mais la variation des effectifs est très préoccupante.

5 Étude des professionnels à diplôme étranger à partir du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Pour rappel (cf. section 4.2), la catégorie des professionnels à diplômes étrangers peut être définie de plusieurs manières : soit en tenant compte uniquement du diplôme principal, soit en tenant compte de l'ensemble des diplômes répertoriés, soit en tenant compte de tous les diplômes d'État (DE, DEEE et DAU). C'est cette dernière définition que nous avons retenue dans la suite de l'analyse. Nous parlerons alors de PDE pour : professionnels à diplôme étranger.

5.1 Combien sont-ils ?

La population étudiée des professionnels à diplôme étranger (PDE) concerne donc au 1^{er} janvier 2015 :

- 21 563 médecins, soit 9,7 % des médecins en activité
- 2 540 chirurgiens-dentistes, soit 6,1 % des chirurgiens-dentistes en activité
- 1 279 sages-femmes, soit 5,9 % des sages-femmes en activité
- 1 098 pharmaciens, soit 1,5 % des pharmaciens en activité.

La problématique ne se pose donc pas de la même façon pour ces quatre professions.

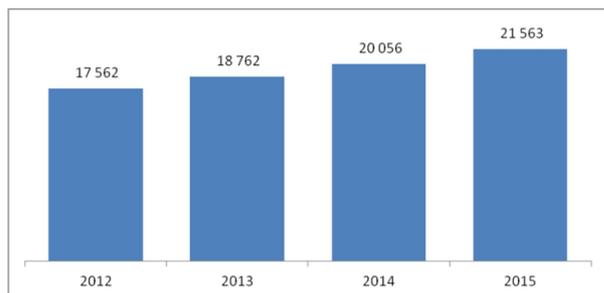
Du fait d'effectifs réduits pour certaines professions, les analyses seront plus limitées.

En termes d'évolution des stocks depuis 2012 (**Figure 6**), on observe une croissance régulière de la population des PDE de l'ordre de 7 % par an chez les médecins, de l'ordre de 9 % chez les sages-femmes et 3,2 % par an chez les pharmaciens à diplôme étranger. Ils apparaissent en plus forte progression chez les chirurgiens-dentistes (de l'ordre de 19 % par an).

Cette progression des effectifs de PDE est plus forte que celle de l'ensemble des professionnels inscrits aux Ordres au 1^{er} janvier. Pour l'ensemble des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes, l'évolution des effectifs est de l'ordre de 0,6 % à 0,8 % par an, alors que pour l'ensemble des sages-femmes, elle est de 3,5 % par an.

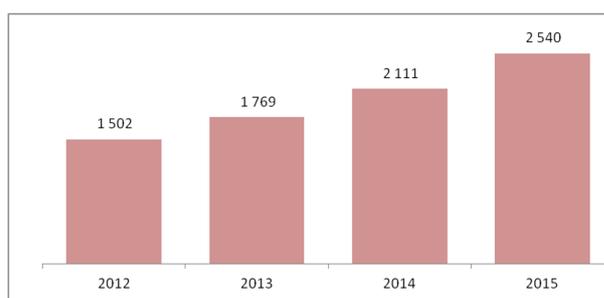
Figure 6 : Effectifs des professionnels à diplôme étranger entre 2012 et 2015

Médecins



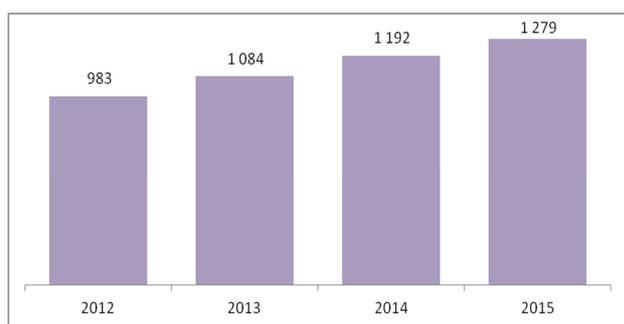
	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle
Diplômes français	199 199 91,9%	199 533 91,4%	200 417 90,9%	200 585 90,3%	0,2%
Diplômes étrangers	17 562 8,1%	18 762 8,6%	20 056 9,1%	21 563 9,7%	7,1%
Total	216 761 100,0%	218 295 100,0%	220 473 100,0%	222 148 100,0%	0,8%

Chirurgiens-dentistes



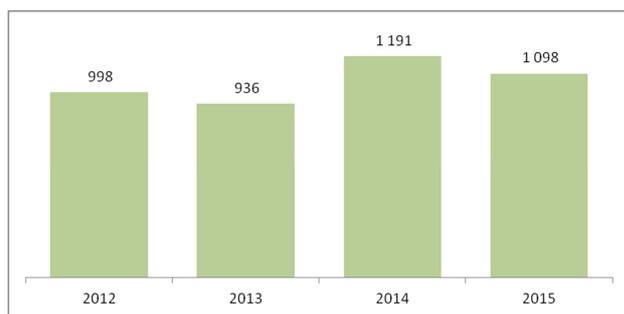
	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle
Diplômes français	39 097 96,3%	39 064 95,7%	39 112 94,9%	38 955 93,9%	-0,1%
Diplômes étrangers	1 502 3,7%	1 769 4,3%	2 111 5,1%	2 540 6,1%	19,1%
Total	40 599 100,0%	40 833 100,0%	41 223 100,0%	41 495 100,0%	0,7%

Sages-femmes



	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle
Diplômes français	18 552 95,0%	19 151 94,6%	19 799 94,3%	20 353 94,1%	3,1%
Diplômes étrangers	983 5,0%	1 084 5,4%	1 192 5,7%	1 279 5,9%	9,2%
Total	19 535 100,0%	20 235 100,0%	20 991 100,0%	21 632 100,0%	3,5%

Pharmaciens



	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle
Diplomes français	71 957 98,6%	72 733 98,7%	72 598 98,4%	73 245 98,5%	0,6%
Diplômes étrangers	998 1,4%	936 1,3%	1 191 1,6%	1 098 1,5%	3,2%
Total	72 955 100,0%	73 670 100,0%	73 789 100,0%	74 345 100,0%	0,6%

Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015, exploitation : Fnors/ORS

Pour la suite, les professionnels à diplôme étranger sont étudiés séparément pour chacune des professions : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens.

5.2 Les médecins à diplôme étranger

Au 1^{er} janvier 2015, le RPPS enregistrait 222 150 médecins actifs dont 21 563 médecins titulaires d'un diplôme étranger, ce qui représente 9,7 % de l'ensemble des médecins.

Parmi eux, 8 880 ont un diplôme européen (41 % d'entre eux) et 12 683 sont titulaires d'un diplôme extra-européen (59 %).

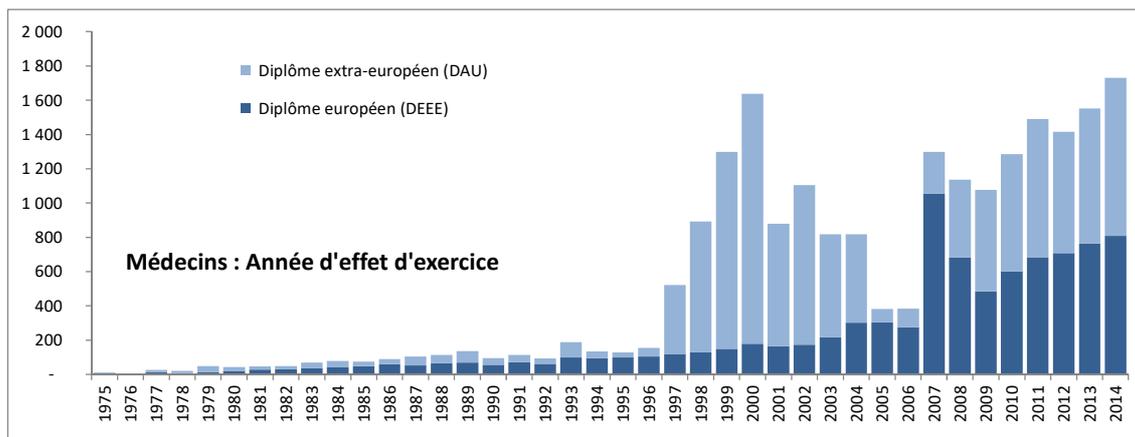
5.2.1 Année d'effet d'exercice

Les données du RPPS n'étant disponibles que depuis 2012, l'année d'effet d'exercice des médecins permet de reconstituer, sur le long terme, l'évolution des effectifs de médecins, proches de primo-inscrits ; la limite forte est qu'elle ne concerne que les professionnels encore en activité.

La **Figure 7** permet d'observer qu'au 1^{er} janvier 2015, la répartition des médecins à diplôme étranger par année d'effet d'exercice atteint deux pics : en 2000 (1 638 médecins) et 2014 (1 730 médecins).

Pour ceux de 2000, plus de 60 % ont obtenu leur diplôme dans trois pays : en Algérie (41 %), au Maroc (10 %) et en Syrie (10 %). Pour ceux de 2007, date de l'entrée de la Roumanie dans l'Union européenne, la part des médecins à diplôme étranger parmi les médecins nouvellement inscrits à l'Ordre a été multipliée par près de trois comparée à l'année précédente (27,8 % contre 9,9 % en 2006). Parmi les médecins étrangers nouvellement en exercice cette année-là, 60 % ont obtenu leur diplôme en Roumanie, 6 % en Belgique et 5 % en Italie. Depuis cette année, jusqu'en 2014, près d'un médecin nouvellement en exercice sur 4 a un diplôme délivré par un pays étranger, soit environ 1 374 médecins actifs par an (30 % délivrés en Roumanie, 14 % en Algérie, 6 % en Italie, 5 % en Tunisie, 4 % en Belgique et 4 % en Syrie).

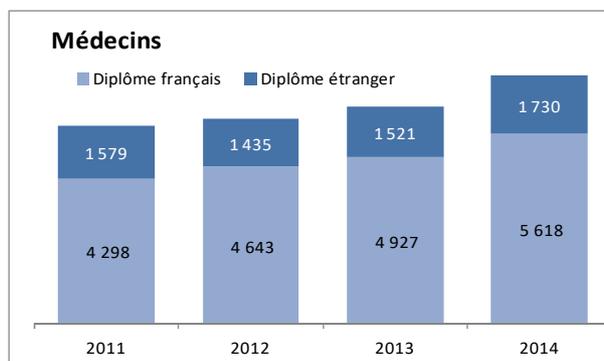
Figure 7 : Effectifs des médecins à diplôme étranger au 01/01/2015 par année d'effet d'exercice



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Les effectifs de médecins à diplôme étranger nouvellement inscrits à l'Ordre sont effectivement en hausse, surtout pour ceux inscrits pour la première fois en 2014. Mais ils représentent une part constante des effectifs de nouveaux inscrits : de l'ordre d'un quart.

Figure 8 : Effectifs des médecins nouvellement inscrits entre 2011-2014



Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Une tendance à la baisse du nombre de médecins primo-inscrits à diplôme d'origine roumaine est observée depuis 2012, alors que ceux dont le diplôme a été obtenu en Italie, en Tunisie et en Syrie ont tendance à augmenter.

Tableau 3 : Pays d'obtention du diplôme des médecins à diplôme étranger nouvellement inscrits entre 2011-2014

Pays d'obtention du diplôme des primo-inscrits				
	2012	2013	2014	2015
	1 579	1 435	1 521	1 730
Roumanie	458	404	365	339
Algérie	281	216	250	261
Italie	80	112	107	149
Tunisie	72	77	69	132
Syrie	89	61	48	106
Belgique	58	50	76	64
Espagne	23	34	81	90
Maroc	40	46	66	57
Bulgarie	51	32	24	25
Allemagne	30	35	21	28
Roumanie	29,0%	28,2%	24,0%	19,6%
Algérie	17,8%	15,1%	16,4%	15,1%
Italie	5,1%	7,8%	7,0%	8,6%
Tunisie	4,6%	5,4%	4,5%	7,6%
Syrie	5,6%	4,3%	3,2%	6,1%
Belgique	3,7%	3,5%	5,0%	3,7%
Espagne	1,5%	2,4%	5,3%	5,2%
Maroc	2,5%	3,2%	4,3%	3,3%
Bulgarie	3,2%	2,2%	1,6%	1,4%
Allemagne	1,9%	2,4%	1,4%	1,6%

Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.2.2 Pays d'obtention du diplôme

Au 1^{er} janvier 2015, sur l'ensemble des médecins actifs et ayant leur diplôme européen, 37,2 % l'ont obtenu en Roumanie, 19,6 % en Belgique, 13 % en Italie et 9 % en Allemagne.

Pour les médecins actifs ayant un diplôme extra-européen, 36,7 % l'ont obtenu en Algérie, 10,1 % en Syrie, 9,5 % au Maroc et 5,6 % en Tunisie.

La répartition de ces médecins suivant le pays d'obtention du diplôme est stable également entre 2012 et 2015.

Tableau 4 : Effectifs des médecins au 01/01/2015 selon le pays d'obtention du diplôme

Médecins ayant un diplôme européen

Pays d'obtention du diplôme		
Nombre de médecins	8 880	100,0%
Roumanie	3 307	37,2%
Belgique	1 744	19,6%
Italie	1 154	13,0%
Allemagne	802	9,0%
Espagne	505	5,7%
Bulgarie	328	3,7%
Grèce	181	2,0%
Pologne	170	1,9%
Pays-Bas	103	1,2%
Suisse	97	1,1%
Hongrie	81	0,9%
Royaume-Uni	76	0,9%
Portugal	71	0,8%
République tchèque	59	0,7%
Slovaquie	39	0,4%
Lituanie	34	0,4%
Autriche	34	0,4%
Lettonie	26	0,3%
Irlande	23	0,3%
Suède	16	0,2%
Autre pays	30	0,3%

Médecins ayant un diplôme extra-européen

Pays d'obtention du diplôme		
Nombre de médecins	12 683	100,0%
Algérie	4 657	36,7%
Syrie	1 287	10,1%
Maroc	1 201	9,5%
Tunisie	712	5,6%
Roumanie	579	4,6%
Madagascar	467	3,7%
Russie	310	2,4%
Liban	303	2,4%
Argentine	245	1,9%
Égypte	198	1,6%
Togo	164	1,3%
Congo	149	1,2%
Pologne	137	1,1%
Congo (république de)	132	1,0%
Sénégal	115	0,9%
Ukraine	112	0,9%
Iran	112	0,9%
Cote d'ivoire	112	0,9%
Benin	105	0,8%
Moldavie	90	0,7%
Autre pays	1 496	11,8%

Médecins ayant un diplôme étranger

Pays d'obtention du diplôme		
Nombre de médecins	21 563	100,0%
Algérie	4 657	21,6%
Roumanie	3 886	18,0%
Belgique	1 760	8,2%
Syrie	1 287	6,0%
Maroc	1 201	5,6%
Italie	1 168	5,4%
Allemagne	807	3,7%
Tunisie	712	3,3%
Espagne	521	2,4%
Madagascar	467	2,2%
Bulgarie	402	1,9%
Russie	310	1,4%
Pologne	307	1,4%
Liban	303	1,4%
Argentine	246	1,1%
Égypte	198	0,9%
Grèce	183	0,8%
Togo	164	0,8%
Congo	149	0,7%
Congo (république de)	132	0,6%
Autre pays	2 703	12,5%

Source : RPPS 201 ; exploitation : Fnors/ORS

Tableau 5 : Évolution des effectifs de médecins à diplôme étranger entre 2012 et 2015 selon le pays d'obtention du diplôme

Médecins à diplômes étranger : Pays d'obtention du diplôme				
	2012	2013	2014	2015
	17 562	18 762	20 056	21 563
Algérie	3 944	4 147	4 409	4 657
Roumanie	2 874	3 272	3 587	3 886
Belgique	1 742	1 736	1 762	1 760
Syrie	1 067	1 134	1 179	1 287
Maroc	1 047	1 085	1 136	1 201
Italie	866	947	1 038	1 168
Allemagne	807	808	801	807
Tunisie	430	501	574	712
Algérie	22,5%	22,1%	22,0%	21,6%
Roumanie	16,4%	17,4%	17,9%	18,0%
Belgique	9,9%	9,3%	8,8%	8,2%
Syrie	6,1%	6,0%	5,9%	6,0%
Maroc	6,0%	5,8%	5,7%	5,6%
Italie	4,9%	5,0%	5,2%	5,4%
Allemagne	4,6%	4,3%	4,0%	3,7%
Tunisie	2,4%	2,7%	2,9%	3,3%

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.2.3 Pays de naissance

Au 1^{er} janvier 2015, parmi les 8 880 médecins en activité disposant d'un diplôme européen, la plupart sont nés dans un pays de l'UE, en Roumanie en premier lieu pour 35,8 % de ces médecins, suivis, largement après, par des pays limitrophes comme la Belgique, l'Italie, l'Allemagne ou l'Espagne (Tableau 6). Les pays de naissance les plus représentés parmi les médecins à diplômés extra-européen sont les pays du Maghreb, l'Algérie en tête (avec 33,7 % des médecins à diplôme extra-européen) puis le Maroc (10 %) et la Tunisie (5,3 %) ; la Syrie est le pays de naissance de 10,9 % des médecins à diplôme extra-européen. **Ainsi, sur l'ensemble de la catégorie des médecins à diplôme étranger, Algérie, Roumanie, Syrie, Maroc et Belgique sont les pays de naissance les plus fréquents pour les médecins en activité au 1^{er} janvier 2015. On retrouve une grande cohérence entre le pays de naissance et le pays d'obtention du diplôme des médecins à diplôme étranger.**

Les médecins à diplôme étranger nés en France sont relativement rares : ils représentent 2,8 % des médecins de cette catégorie, soit 604 professionnels en activité au 1^{er} janvier 2015 et sont logiquement moins nombreux parmi les médecins formés en Europe que parmi ceux formés en dehors de l'UE (respectivement 3,7 % et 2,2 %). En prenant en compte la variable de la nationalité, l'image est tout autre : près de la moitié des médecins à diplôme étranger sont de nationalité française et ils représentent 70,7 % des médecins présentant un diplôme extra-européen (voir tableaux en Annexe 12).

Tableau 6 : Effectifs des médecins à diplôme étranger au 01/01/2015 selon le pays de naissance

Médecins ayant un diplôme européen

Pays de naissance du diplômé		
Nombre de médecins	8 880	100,0%
Roumanie	3 178	35,8%
Belgique	1 058	11,9%
Italie	949	10,7%
Allemagne	711	8,0%
Espagne	419	4,7%
France	325	3,7%
Bulgarie	307	3,5%
Grèce	179	2,0%
Pologne	174	2,0%
Liban	142	1,6%
Cameroun	106	1,2%
Pays-Bas	100	1,1%
Congo	94	1,1%
Suisse	78	0,9%
Royaume-Uni	70	0,8%
Hongrie	64	0,7%
Maroc	62	0,7%
Portugal	59	0,7%
Iran	56	0,6%
Syrie	52	0,6%
Autres pays de naissance	697	7,8%

Médecins ayant un diplôme extra-européen

Pays de naissance du diplômé		
Nombre de médecins	12 683	100,0%
Algérie	4 272	33,7%
Syrie	1 384	10,9%
Maroc	1 262	10,0%
Tunisie	678	5,3%
Liban	628	5,0%
Madagascar	461	3,6%
Roumanie	417	3,3%
Congo	282	2,2%
France	279	2,2%
Argentine	224	1,8%
Cameroun	214	1,7%
Égypte	174	1,4%
Togo	173	1,4%
Pologne	129	1,0%
Iran	127	1,0%
Benin	108	0,9%
Sénégal	90	0,7%
Vietnam	89	0,7%
Moldavie	87	0,7%
Russie	82	0,6%
Autres pays de naissance	1 523	12,0%

Médecins ayant un diplôme étranger

Pays de naissance du diplômé		
Nombre de médecins	21 563	100,0%
Algérie	4 310	20,0%
Roumanie	3 595	16,7%
Syrie	1 436	6,7%
Maroc	1 324	6,1%
Belgique	1 068	5,0%
Italie	953	4,4%
Liban	770	3,6%
Allemagne	727	3,4%
Tunisie	692	3,2%
France	604	2,8%
Madagascar	469	2,2%
Espagne	430	2,0%
Congo	376	1,7%
Bulgarie	357	1,7%
Cameroun	320	1,5%
Pologne	303	1,4%
Argentine	243	1,1%
Iran	183	0,8%
Grèce	181	0,8%
Égypte	181	0,8%
Autres pays de naissance	3 041	14,1%

Médecins ayant un diplôme français

Pays de naissance du diplômé		
Nombre de médecins	200 585	100,0%
France	175 423	87,5%
Algérie	6 586	3,3%
Maroc	3 799	1,9%
Tunisie	2 468	1,2%
Liban	1 384	0,7%
Vietnam	1 188	0,6%
Allemagne	1 140	0,6%
Madagascar	637	0,3%
Iran	525	0,3%
Sénégal	502	0,3%
Cameroun	382	0,2%
Belgique	331	0,2%
Maurice	322	0,2%
Roumanie	280	0,1%
Italie	253	0,1%
Espagne	252	0,1%
Suisse	245	0,1%
Congo	243	0,1%
Cambodge	237	0,1%
États-Unis	227	0,1%
Autres pays de naissance	4 161	2,1%

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Depuis 2012, la part des médecins nés en Roumanie parmi l'ensemble des médecins en exercice avait tendance à augmenter légèrement, mais ce pays, bien que majoritaire encore parmi les primo-inscrits, a tendance à être moins représenté parmi les médecins à diplôme étranger. Autre évolution constatée : la croissance des professionnels originaires de pays européens tels que l'Italie ou l'Espagne et de ceux nés en Syrie entre 2014 et 2015.

Tableau 7 : Évolution des effectifs de médecins à diplôme étranger entre 2012 et 2015 selon le pays de naissance

Médecins à diplômes étranger : Pays de naissance du diplômé				
	2012	2013	2014	2015
	17 562	18 762	20 056	21 563
Algérie	20,5%	20,3%	20,3%	20,0%
Roumanie	14,9%	16,0%	16,5%	16,7%
Syrie	6,9%	6,8%	6,6%	6,7%
Maroc	6,7%	6,4%	6,3%	6,1%
Belgique	6,1%	5,6%	5,3%	5,0%
Italie	4,0%	4,1%	4,1%	4,4%
Allemagne	4,1%	3,9%	3,6%	3,4%
Liban	3,7%	3,7%	3,6%	3,6%
France	3,0%	2,9%	2,9%	2,8%
Tunisie	2,5%	2,7%	2,8%	3,2%

Médecins à diplômes étranger : Pays de naissance des primo-inscrits				
	2012	2013	2014	2015
	1 579	1 435	1 521	1 730
Roumanie	28,3%	27,4%	23,1%	18,7%
Algérie	17,0%	14,7%	16,0%	14,9%
Italie	4,4%	6,5%	5,7%	8,0%
Tunisie	4,2%	4,8%	4,2%	6,9%
Syrie	5,1%	4,7%	3,3%	6,4%
Maroc	2,8%	3,4%	4,5%	3,1%
Espagne	1,4%	1,9%	4,5%	4,3%
Liban	3,1%	2,4%	2,9%	3,1%
Cameroun	2,2%	3,0%	3,3%	2,7%
Belgique	2,2%	2,3%	3,4%	3,1%

Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.2.4 Savoir-faire et spécialité

Lorsqu'on analyse la présence de médecins à diplôme étranger par spécialité, on observe des variations importantes d'une spécialité à l'autre.

Les résultats présentés dans le **Tableau 8** correspondent aux effectifs et pourcentages de médecins suivant la spécialité et l'origine de leur diplôme. Ces valeurs sont toutefois à prendre avec précaution compte tenu de l'effectif parfois réduit dans certaines spécialités. Les écarts les plus importants sont souvent le fait de spécialités qui comptent relativement peu de médecins.

Première différence : sur le total des médecins inscrits au 1^{er} janvier 2015, 102 484 sont des médecins généralistes (soit 46 % d'entre eux) et 119 664 sont des médecins spécialistes (54 %). Parmi les médecins à diplôme étranger, le rapport est différent : 24 % de médecins généralistes et 76 % de médecins spécialistes, sans différence selon que le diplôme ait été obtenu dans un pays européen ou extra-européen. Ce plus faible pourcentage de médecins généralistes se retrouve chez l'ensemble

des médecins diplômés à l'étranger, qu'ils soient de nationalité française ou d'une autre nationalité (25% de généralistes chez les premiers, 22% chez les seconds).

L'examen de la part de médecins à diplôme étranger, suivant la spécialité, laisse également apparaître de fortes différences : comme vu précédemment, sur le total des médecins inscrits au 1^{er} janvier 2015, la part de ceux qui enregistrent un diplôme étranger est de 9,7 %. Elle est plus importante chez les médecins spécialistes (13,8 %) en comparaison avec les médecins généralistes (4,9 %), traduisant une attractivité plus forte pour les médecins spécialistes. Cette attractivité est relativement plus forte dans les spécialités chirurgicales : 14,5 % de médecins à diplôme étranger pour l'ensemble, 26,4 % en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, 24,1% en neurochirurgie et 23,7 % en chirurgie infantile. Dans les spécialités présentant des effectifs de médecins relativement importants, on souligne le poids des médecins à diplôme étranger en anesthésie-réanimation (18,6 %), radiodiagnostic (15,9 %) et pédiatrie (17,2 %). La gériatrie, avec un total de 1 647 médecins en France, compte jusqu'à 30,8 % de médecins à diplôme étranger.

La répartition par spécialité de la population des médecins français à diplôme étranger est légèrement différente de celle de la population de l'ensemble des médecins exerçant en France. Les écarts les plus importants sont observés pour la psychiatrie (qui représente 9,8 % des PDE français contre 6,8 % pour l'ensemble des médecins), la pédiatrie (6,6 % contre 3,5 %), la médecine du travail (0,5 % contre 2,5 %) et la gériatrie (3,7 % contre 0,7%), l'anesthésie-réanimation (6,9 % contre 5%) et la gynécologie-obstétrique (4 % contre 2,1%), la chirurgie orthopédique et traumatologie (3,2 % contre 1,4%) et le radiodiagnostic et l'imagerie médicale (5,6 % contre 3,9 %).

Dans la catégorie des médecins étrangers à diplôme étranger, la répartition par spécialité est aussi différente de celle de la population de l'ensemble des médecins. Les écarts les plus importants sont observés pour l'anesthésie-réanimation (12,1 % contre 5 % en population générale), le radiodiagnostic et l'imagerie médicale (7 % contre 3,9%), la pédiatrie (6 % contre 3,5 % en population générale) et la chirurgie générale (3,6 % contre 1,6 %).

Tableau 8 : Effectifs et répartition des médecins au 01/01/2015 selon la spécialité et l'origine du diplôme

Médecins : Spécialités regroupées	Diplôme français (DE)		Diplôme européen (DEEE)		Diplôme extra européen (DAU)		Total		Diplôme étranger	
Total	200 585	90,3%	8 880	4,0%	12 683	5,7%	222 148	100%	21 563	9,7%
Ensemble des médecins généralistes	97 415	95,1%	2 211	2,2%	2 858	2,8%	102 484	100%	5 069	4,9%
Ensemble des médecins spécialistes	103 170	86,2%	6 669	5,6%	9 825	8,2%	119 664	100%	16 494	13,8%
Psychiatrie	13 234	87,9%	541	3,6%	1 273	8,5%	15 048	100%	1 814	12,1%
Anesthésie-réanimation	9 070	81,4%	1 105	9,9%	974	8,7%	11 149	100%	2 079	18,6%
Pédiatrie	6 506	82,8%	425	5,4%	930	11,8%	7 861	100%	1 355	17,2%
Médecine du travail	5 244	93,6%	309	5,5%	52	0,9%	5 605	100%	361	6,4%
Gynécologie-obstétrique	3 755	82,0%	309	6,8%	513	11,2%	4 577	100%	822	18,0%
Gynécologie médicale	3 198	96,6%	8	0,2%	105	3,2%	3 311	100%	113	3,4%
Biologie médicale	2 658	90,6%	78	2,7%	198	6,7%	2 934	100%	276	9,4%
Santé publique et médecine sociale	1 630	96,0%	23	1,4%	45	2,7%	1 698	100%	68	4,0%
Gériatrie	1 139	69,2%	40	2,4%	468	28,4%	1 647	100%	508	30,8%
Radiothérapie	694	81,7%	75	8,8%	80	9,4%	849	100%	155	18,3%
Réanimation médicale	266	80,6%	10	3,0%	54	16,4%	330	100%	64	19,4%
Recherche médicale	13	100,0%	-	-	-	-	13	100%	-	-
Spécialités chirurgicales	18 554	85,5%	1 455	6,7%	1 693	7,8%	21 702	100%	3 148	14,5%
Ophthalmologie	5 180	87,7%	373	6,3%	354	6,0%	5 907	100%	727	12,3%
Chirurgie générale	2 973	82,3%	377	10,4%	261	7,2%	3 611	100%	638	17,7%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	2 582	81,8%	198	6,3%	377	11,9%	3 157	100%	575	18,2%
O.R.L et chirurgie cervico-faciale	2 773	90,8%	114	3,7%	167	5,5%	3 054	100%	281	9,2%
Chirurgie urologique	980	83,7%	84	7,2%	107	9,1%	1 171	100%	191	16,3%
Chirurgie maxillo-faciale et	1 106	94,5%	22	1,9%	42	3,6%	1 170	100%	64	5,5%
Chirurgie viscérale et digestive	782	80,0%	36	3,7%	159	16,3%	977	100%	195	20,0%
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	779	89,6%	59	6,8%	31	3,6%	869	100%	90	10,4%
Neuro-chirurgie	400	75,9%	49	9,3%	78	14,8%	527	100%	127	24,1%
Chirurgie vasculaire	449	85,9%	37	7,1%	37	7,1%	523	100%	74	14,1%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	321	73,6%	71	16,3%	44	10,1%	436	100%	115	26,4%
Chirurgie infantile	229	76,3%	35	11,7%	36	12,0%	300	100%	71	23,7%
Spécialités médicales	37 209	87%	2 291	5,3%	3 440	8,0%	42 940	100%	5 731	13,3%
Radiodiagnostic	7 194	84,1%	605	7,1%	759	8,9%	8 558	100%	1 364	15,9%
Cardiologie et maladies vasculaires	5 968	86,7%	267	3,9%	652	9,5%	6 887	100%	919	13,3%
Dermatologie et vénéréologie	3 862	95,0%	122	3,0%	81	2,0%	4 065	100%	203	5,0%
Gastro-entérologie et hépatologie	3 245	89,4%	130	3,6%	254	7,0%	3 629	100%	384	10,6%
Pneumologie	2 457	83,2%	164	5,6%	331	11,2%	2 952	100%	495	16,8%
Rhumatologie	2 437	93,8%	41	1,6%	120	4,6%	2 598	100%	161	6,2%
Médecine interne	2 037	84,2%	245	10,1%	137	5,7%	2 419	100%	382	15,8%
Neurologie	1 995	83,5%	214	9,0%	180	7,5%	2 389	100%	394	16,5%
Médecine physique et réadaptation	1 785	87,4%	111	5,4%	147	7,2%	2 043	100%	258	12,6%
Endocrinologie et métabolisme	1 636	89,4%	70	3,8%	123	6,7%	1 829	100%	193	10,6%
Néphrologie	1 225	75,9%	77	4,8%	311	19,3%	1 613	100%	388	24,1%
Anatomie et cytologie pathologiques	1 415	89,7%	67	4,2%	96	6,1%	1 578	100%	163	10,3%
Oncologie option médicale	711	79,4%	66	7,4%	119	13,3%	896	100%	185	20,6%
Médecine nucléaire	588	84,8%	51	7,4%	54	7,8%	693	100%	105	15,2%
Hématologie	432	78,3%	52	9,4%	68	12,3%	552	100%	120	21,7%
Génétique médicale	222	93%	9	3,8%	8	3,3%	239	100%	17	7,1%

* Pour 2 médecins le pays de diplôme est inconnu

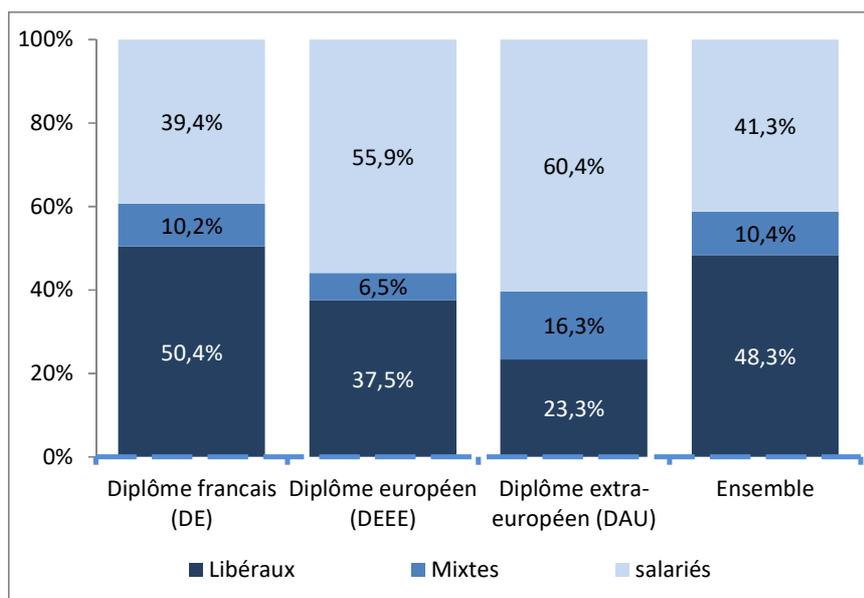
Source : RPPS 2015, exploitation : Fnors/ORS

5.2.5 Mode d'exercice

Au 1^{er} janvier 2015, les médecins dans leur ensemble exercent majoritairement en secteur libéral ou mixte (58,7 %). Cette proportion est beaucoup plus faible chez les médecins à diplôme étranger (41,5 % pour l'ensemble, 44,1 % pour les diplômés européens et 39,9 % pour les diplômés extra européen), ce qui est cohérent avec la répartition généralistes-spécialistes observée chez ces médecins. Cette population de médecins s'oriente moins vers le secteur libéral.

Pour compléter cette analyse du mode d'exercice, sur le total des médecins inscrits au 1^{er} janvier 2015, la part de ceux qui enregistrent un diplôme étranger parmi les salariés est de 13,8 % (elle est de 5,9 % chez les médecins libéraux, et de 11,5 % chez les médecins en mode d'exercice mixte).

Figure 9 : Répartition des médecins au 01/01/2015 selon le mode d'exercice et l'origine du diplôme



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Il est intéressant de vérifier si cette tendance se retrouve chez les primo-inscrits et comment elle évolue suivant l'année de 1^{er} exercice. Alors que les médecins diplômés en France s'orientent de plus en plus vers le secteur libéral ou mixte, la tendance est stable chez les médecins à diplôme étranger.

Tableau 9 : Répartition des médecins primo-inscrits selon le mode d'exercice et l'origine du diplôme

Médecins primo-inscrits ayant un diplôme étranger

Médecins primo-inscrits (diplôme étranger) selon le mode d'exercice				
	2011	2012	2013	2014
Libéral	306	264	308	326
Mixte	22	26	32	50
Salarié	1 251	1 145	1 181	1 354
Total général	1 579	1 435	1 521	1 730
% secteur libéral ou mixte	20,8%	20,2%	22,4%	21,7%

Médecins primo-inscrits ayant un diplôme français

Médecins primo-inscrits (diplôme français) selon le mode d'exercice				
	2011	2012	2013	2014
Libéral	1 360	1 515	1 677	1 979
Mixte	52	132	192	318
Salarié	2 889	3 008	3 073	3 330
Total général	4 301	4 655	4 942	5 627
% secteur libéral ou mixte	32,8%	35,4%	37,8%	40,8%

Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

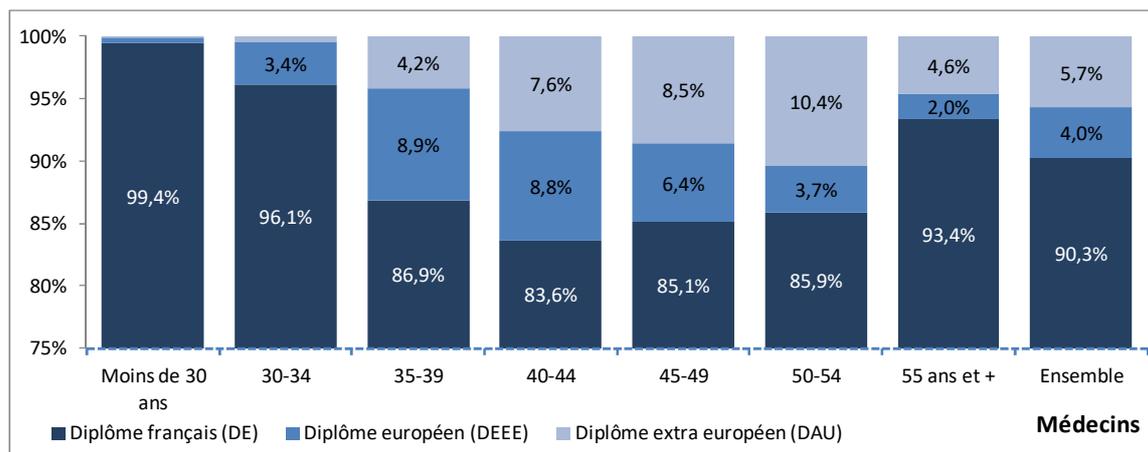
En complément du mode d'exercice, une analyse selon secteur d'activité (Établissement/Ville) pourrait être faite mais la variable correspondante dans les RPPS/Drees (SASID1) se rapporte à chacune des activités du professionnel, dont le nombre peut aller jusqu'à 5. C'est pourquoi son traitement n'a pas été fait.

5.2.6 Répartition selon l'âge

Sur l'ensemble des médecins actifs en 2015, la moyenne d'âge est de 52 ans. Les médecins à diplôme européen sont plus jeunes (47 ans de moyenne d'âge) comparés aux médecins à diplôme extra européen (52 ans) et aux médecins à diplôme français (53 ans). Ces écarts d'âge n'ont pas évolué entre 2012 et 2015.

La répartition de l'ensemble des médecins par âge montre dans un premier temps la quasi-absence de médecins à diplôme étranger chez les plus jeunes médecins en activité. Leur part est très faible également au-delà de 55 ans (6,6 %), traduisant une arrivée tardive en France et un départ précoce de ces professionnels. Leur part est plus forte entre 40 et 44 ans où ils représentent respectivement, pour les médecins à diplôme européen et ceux à diplôme extra-européen, 8,8 % et 7,6 % des médecins actifs en France.

Figure 10 : Répartition des médecins selon l'âge et l'origine du diplôme au 01/01/2015



Lecture : Attention l'échelle commence à 75 %

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.2.7 Répartition géographique

Au 1^{er} janvier 2015, la France compte, en moyenne pour 100 000 habitants, 336 médecins dont 33 ont un diplôme étranger (européen ou extra-européen).

Un peu plus d'un médecin sur cinq (22 %) est installé dans les départements de l'Île-de-France, 10 % en Rhône-Alpes et 9 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. La carte n'est pas reprise ici, mais les médecins à diplôme étranger ont également tendance à privilégier ces régions comme lieu d'installation. À l'opposé, les régions Corse, Limousin, Franche-Comté, Champagne-Ardenne et Auvergne enregistrent les plus faibles effectifs.

Ainsi, entre les départements, il existe des inégalités territoriales en termes de densité de médecins, à comparer à celles observées pour les médecins à diplôme étranger mesurées à travers la part des médecins à diplôme étranger sur l'ensemble des médecins pour chaque département.

Pour l'examen de la répartition géographique, l'analyse des médecins libéraux a été différenciée de celle des salariés et une attention particulière a été portée aux médecins généralistes libéraux pour lesquels les déséquilibres territoriaux sont forts.

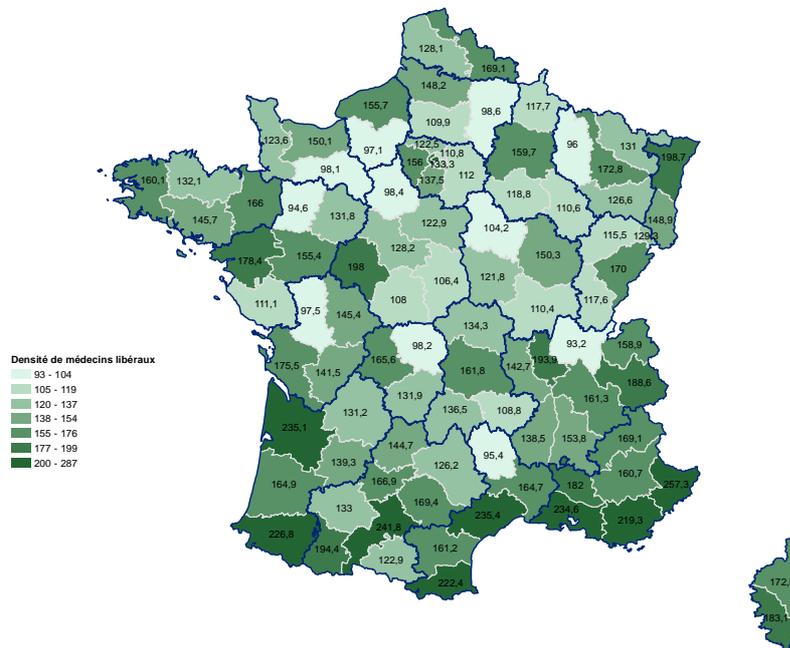
Les écarts de densités de médecins libéraux sont importants entre les départements, variant de plus de 200 professionnels pour 100 000 habitants dans des départements du pourtour méditerranéen ou dans le sud-ouest de la France à moins de 100 dans une dizaine de départements de France métropolitaine (Figure 11). La part de médecins libéraux à diplôme étranger varie de moins de 4 % dans des départements de la moitié sud et à l'ouest du Pays à plus de 13 % dans six départements (Eure-et-Loir, Creuse, Lozère, Haute-Marne, Aube, Nièvre) affichant globalement des densités faibles de médecins libéraux (Figure 12).

L'analyse de la densité de médecins libéraux au regard de la part des médecins libéraux à diplôme étranger révèle une corrélation entre les deux : les départements mieux dotés en médecins libéraux enregistrent relativement moins de médecins à diplôme étranger et inversement (Figure 13). Cette tendance se confirme avec l'APL des médecins généralistes libéraux qui prend notamment en compte l'activité de ces médecins et leur accessibilité : le coefficient de corrélation¹⁴ entre l'APL et la part de diplômés à l'étranger est de 53 %.

¹⁴ Le coefficient de corrélation linéaire permet de calculer l'intensité d'une liaison entre deux variables (covariance des deux variables rapportée au produit de leur écart-type). Ce coefficient est compris entre -1 et 1 (ou exprimé en pourcentage, entre -100% et 100%). Plus le coefficient est proche de -1 ou 1, plus fort sera le lien de corrélation entre les deux variables étudiées.

Ces observations tendent à montrer que le comportement d'installation des médecins libéraux à diplôme étranger semble pour une partie d'entre eux répondre à des politiques incitatives locales visant à une tentative de rééquilibrage de l'offre.

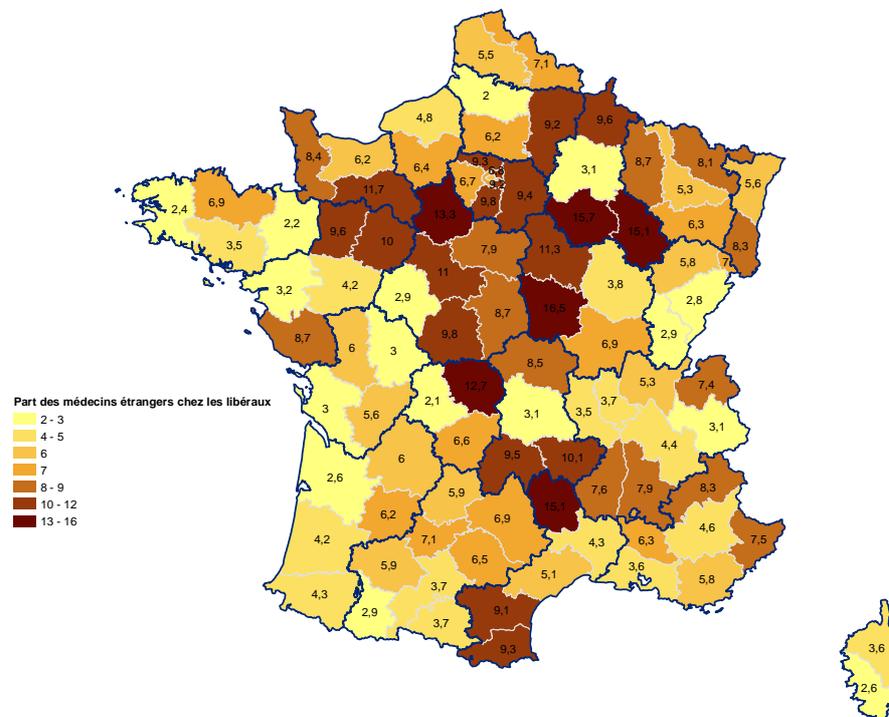
Figure 11 : Densité de médecins libéraux au 01/01/2015*



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

* Anciennes régions

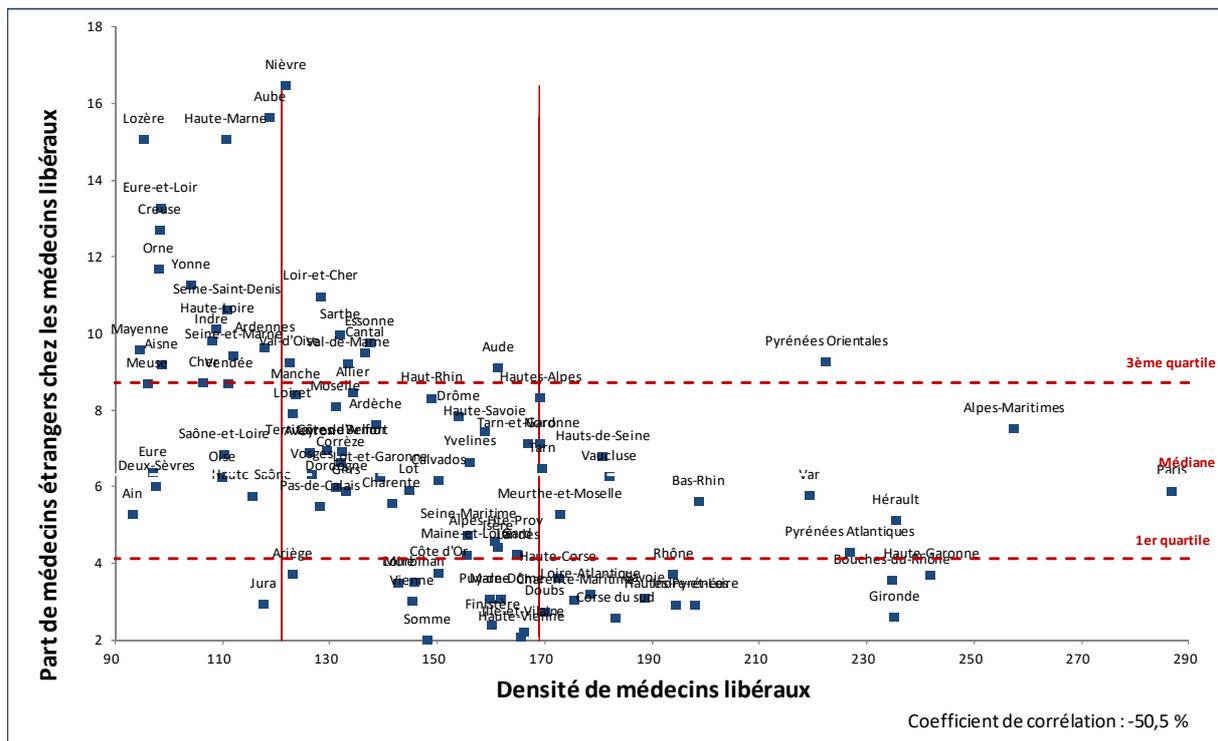
Figure 12 : Part des médecins libéraux à diplôme étranger au 01/01/2015*



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

* Anciennes régions

Figure 13 : Situation au 01/01/2015 des départements en fonction de la densité de médecins libéraux (pour 100 000 habitants) et de la part de médecins à diplôme étranger chez les médecins libéraux

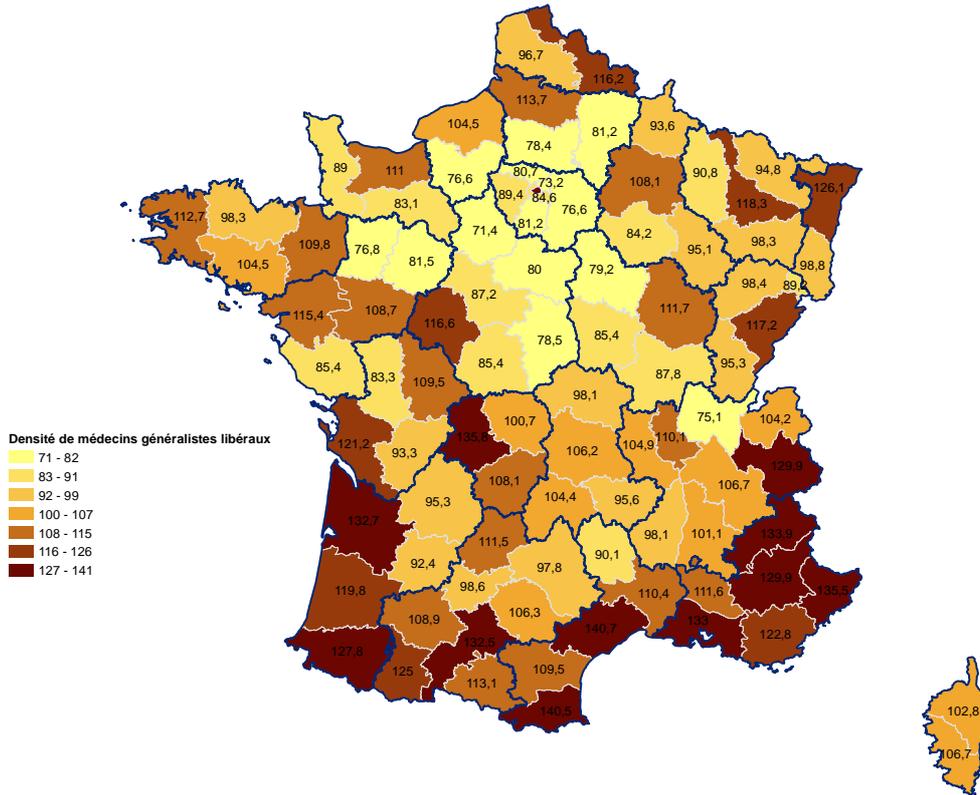


Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Les contrastes de densité sont encore plus nets en ce qui concerne les généralistes : les départements du Centre, certains départements d’Île-de-France, de Picardie, des Pays-de-la-Loire enregistrent les densités les plus faibles en termes de généralistes libéraux, à l’inverse de nombreux départements du sud-est et sud-ouest de la France (Figure 14).

La part de médecins étranger parmi ces médecins généralistes libéraux va varier de moins de 1 % dans certains départements comme dans la Somme, la Meurthe et Moselle, le Doubs ou encore la Haute-Vienne (Figure 15) à plus de 8 %. Ces trois derniers départements figurent parmi ceux affichant les plus fortes densités de généralistes libéraux. Deux des trois départements affichant la part la plus élevée de médecins à diplôme étranger (Nièvre et Orne) enregistrent des densités moyennes. La corrélation n’est pas systématique comme pour les Pyrénées Orientales qui concentrent des effectifs importants de médecins généralistes libéraux rapportés à la population mais aussi près de 10 % de diplômés à l’étranger dans cette spécialité. Sur l’ensemble des départements, le coefficient de corrélation est tout de même de -43 % (Figure 16).

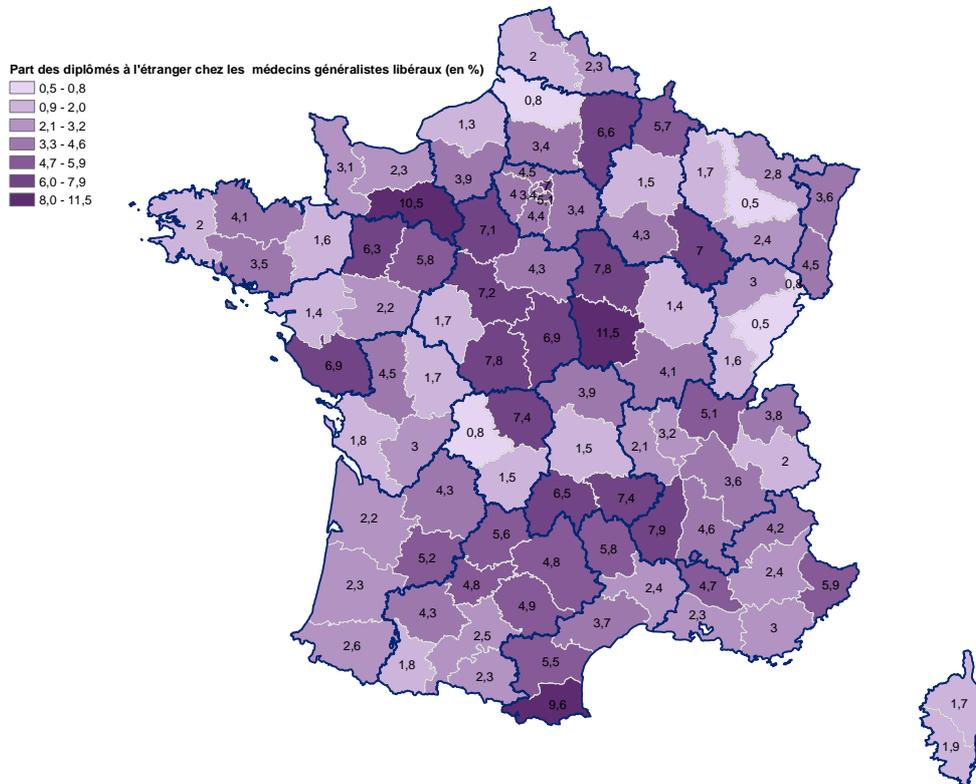
Figure 14 : Densité de médecins généralistes libéraux au 01/01/2015*



Source : RPPS 2015, exploitation : Fnors/ORS

*Anciennes régions

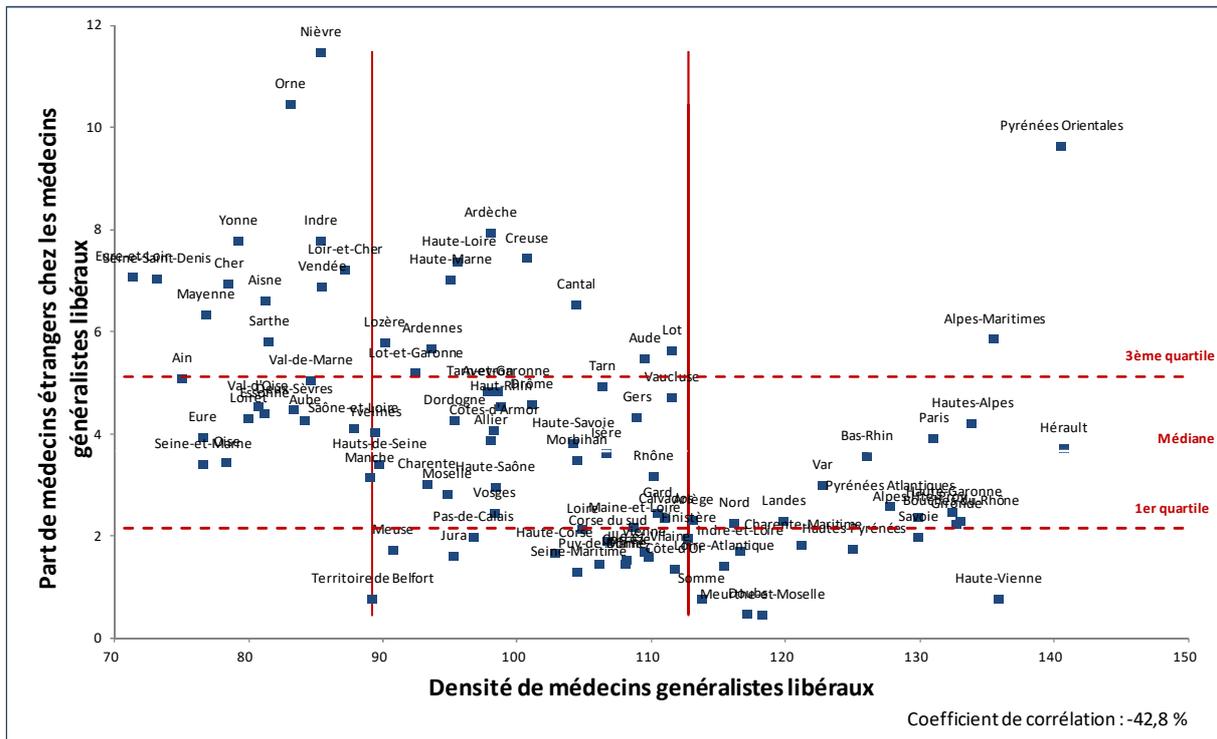
Figure 15 : Part des médecins généralistes libéraux à diplôme étranger au 01/01/2015*



Source : RPPS 2015, exploitation : Fnors/ORS

*Anciennes régions

Figure 16 : Situation au 01/01/2015 des départements en fonction de la densité de médecins généralistes libéraux et de la part de médecins généralistes libéraux à diplôme étranger



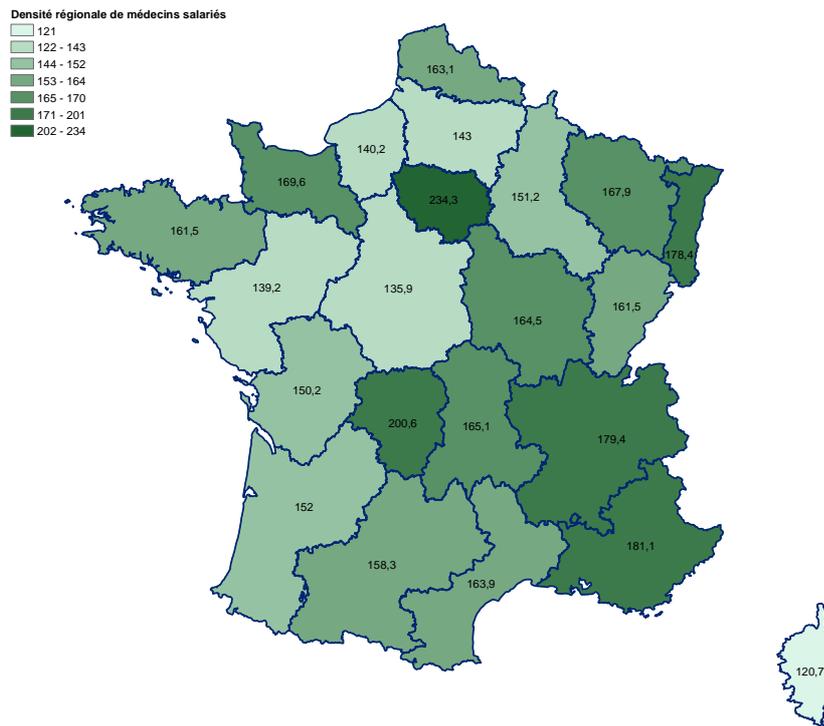
Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

La répartition géographique des médecins salariés va être influencée par la présence de pôles hospitaliers dans le territoire étudié et aux alentours. Le découpage départemental n'est pas forcément pertinent. C'est pourquoi une carte régionale¹⁵ est proposée pour l'examen des médecins en exercice salarial.

La densité de médecins salariés est, sans surprise, très forte en région parisienne, en région Paca et en Rhône-Alpes. Elle est également importante dans le Limousin (en fait surtout en Haute-Vienne). A l'inverse, les régions Centre-Val de Loire, Pays-de-la-Loire et Normandie ont de plus faibles densité (Figure 17). Les médecins salariés à diplôme étranger vont être proportionnellement plus nombreux en Picardie, Champagne-Ardenne et aussi dans la région Centre-Val de Loire, compensant pour cette région au moins une densité plus faible de ces professionnels (Figure 18).

¹⁵ Suivant le découpage administratif en vigueur en 2015.

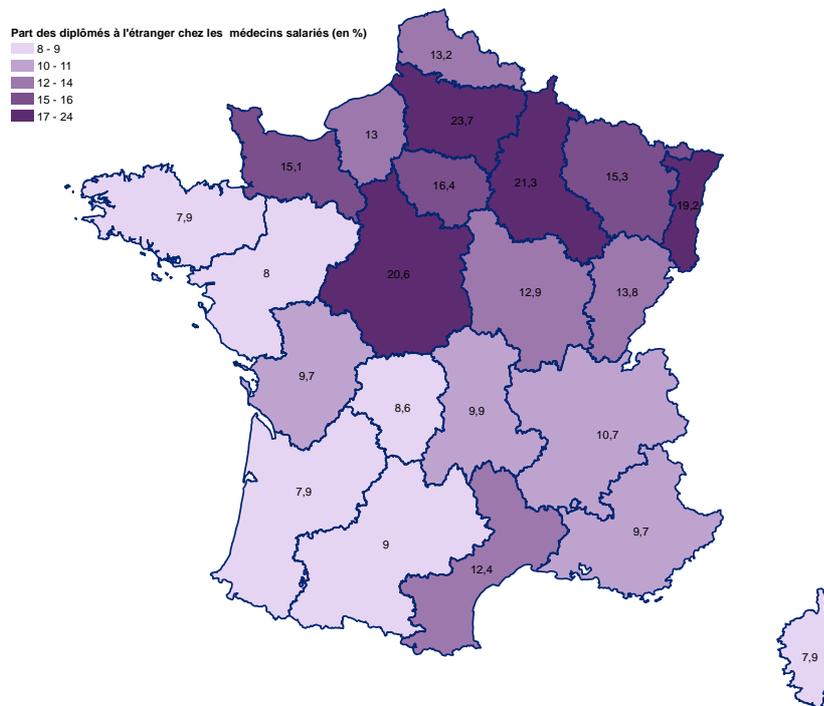
Figure 17 : Densité régionale de médecins salariés au 01/01/2015*



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

* Anciennes régions

Figure 18 : Part des médecins salariés à diplôme étranger au 01/01/2015*



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

* Anciennes régions

5.3 Les chirurgiens-dentistes à diplôme étranger

Au 1^{er} janvier 2015, 41 495 chirurgiens-dentistes actifs sont enregistrés au répertoire RPPS dont 1 568 sont titulaires d'un diplôme européen, ce qui représente 3,7 % de l'ensemble des chirurgiens-dentistes, mais aussi **972 chirurgiens-dentistes dont le pays d'obtention du diplôme est inconnu**, soit 2,3 % des chirurgiens-dentistes. En faisant l'hypothèse que les diplômes d'origine inconnue sont extra-européens (puisque qu'étonnamment aucun DAE n'est enregistré dans les bases 2012-2015), on compte alors 2 540 chirurgiens-dentistes à diplôme étranger, soit 6,1 % de l'ensemble des chirurgiens-dentistes. La suite de l'analyse des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger se poursuit sous cette hypothèse.

5.3.1 Année d'effet d'exercice

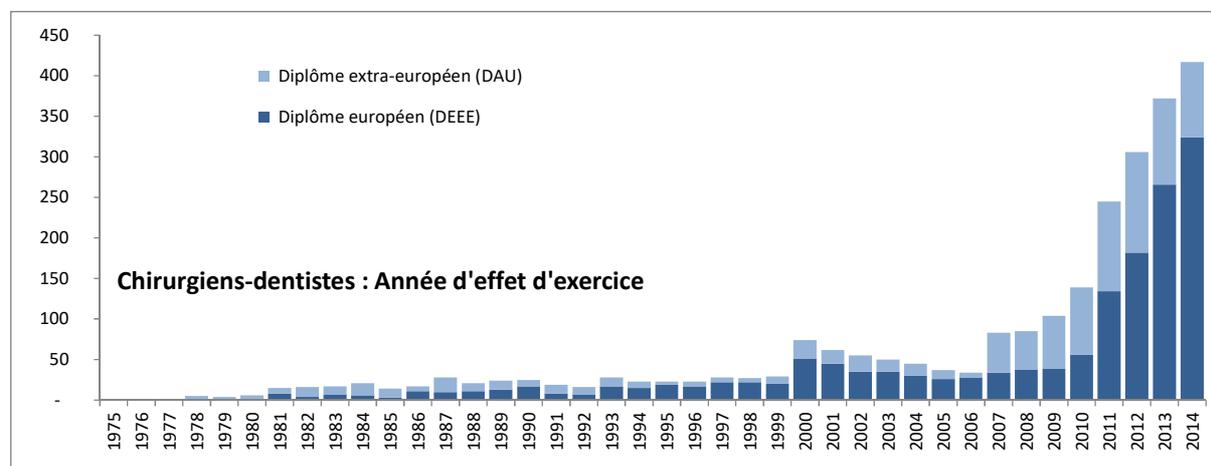
La représentation des effectifs des chirurgiens-dentistes au 1^{er} janvier 2015 suivant leur année d'effet d'exercice laisse apparaître qu'avant l'année 2000, la part des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger parmi les nouveaux chirurgiens-dentistes en exercice était assez stable, aux alentours de 3 % (avec 26 nouveaux chirurgiens-dentistes par an entre 1995 et 1999).

En 2000, cette part de nouveaux chirurgiens-dentistes à diplôme étranger est passée à 12 % avec 74 nouveaux chirurgiens-dentistes (51 en moyenne par an entre 2000 et 2006).

Depuis 2007, le nombre de nouveaux chirurgiens-dentistes à diplôme étranger ne cesse de progresser pour atteindre 417 en 2014 soit 33 % de l'ensemble des nouveaux chirurgiens-dentistes.

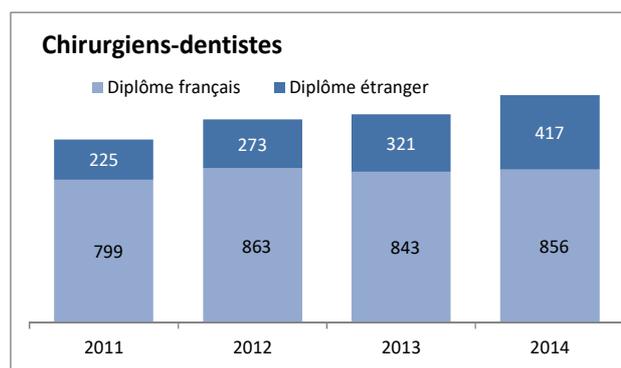
Entre 2010 et 2014, sur une moyenne annuelle de 1 169 nouveaux chirurgiens-dentistes en exercice, 25 % ont un diplôme délivré par un pays étranger (le pays n'est pas précisé) : 17 % des diplômes délivrés par un pays européen et 9 % par un pays extra-européen.

Figure 19 : Effectifs des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger au 01/01/2015 par année d'effet d'exercice



Source : RPPS 2015, exploitation : Fnors/ORS

Figure 20 : Effectifs des chirurgiens-dentistes nouvellement en exercice entre 2011-2014



Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.3.2 Pays et type de diplôme

Dans les bases RPPS de 2012 à 2015, sur l'ensemble des chirurgiens-dentistes actifs ayant leur diplôme à l'étranger, pour les diplômes européens, le pays est inconnu et le type du diplôme est systématiquement celui d'un pays de l'UE ou de l'EEE (DEEE). Pour les diplômes extra-européens, le pays et le type de diplôme sont également inconnus. Il n'est donc pas possible de reconstituer leur pays d'obtention.

Tableau 10 : Effectifs des chirurgiens-dentistes au 01/01/2015 selon le type de diplôme

Chirurgiens-dentistes : Diplôme principal	
Total	41 495
DE - Diplôme d'État français	38 955
DEEE - Diplôme d'un pays de l'UE ou de l'EEE	1 568
Diplôme extra-européen	972

Source : RPPS 2015, exploitation : Fnors/ORS

5.3.3 Pays de naissance

Au 1^{er} janvier 2015, sur l'ensemble des chirurgiens-dentistes actifs à diplôme étranger, près de 30 % sont nés en Roumanie. La Roumanie apparaît comme le principal pays de naissance des chirurgiens-dentistes formés en dehors de l'Europe et comme le deuxième pays pour ceux formés en Europe (mais pas en France). Autre particularité des chirurgiens-dentistes : l'importance de la part des professionnels à diplôme étranger nés en France qui représentent 12,7 % d'entre eux au 1^{er} janvier 2015 (Tableau 11). De ce fait, la répartition des chirurgiens-dentistes formés à l'étranger suivant la nationalité est assez proche de celle suivant le pays de naissance, même si la part de ceux de nationalité française est nettement supérieure (30,6 % des chirurgiens-dentistes formés à l'étranger ; cf. Annexe 12) à ceux nés en France (12,7 %).

Tableau 11 : Effectifs des chirurgiens-dentistes au 01/01/2015 selon le pays de naissance

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme européen

Pays de naissance du diplômé		
Nombre de chirurgiens-dentistes	1 568	100,0%
France	305	19,5%
Roumanie	301	19,2%
Espagne	289	18,4%
Belgique	150	9,6%
Portugal	124	7,9%
Allemagne	51	3,3%
Italie	36	2,3%
Pologne	23	1,5%
Royaume-Uni	22	1,4%
Bulgarie	16	1,0%
Maroc	16	1,0%
Grèce	15	1,0%
Liban	15	1,0%
Pays-Bas	13	0,8%
Moldavie	13	0,8%
Pérou	12	0,8%
Syrie	10	0,6%
Cameroun	10	0,6%
Algérie	10	0,6%
Vietnam	9	0,6%
Autres Pays de naissance	128	8,2%

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme extra-européen

Pays de naissance du diplômé		
Nombre de chirurgiens-dentistes	972	100,0%
Roumanie	440	43,8%
Algérie	109	39,9%
Liban	69	2,3%
Syrie	68	2,2%
Maroc	29	1,6%
Pologne	27	1,5%
France	17	0,8%
Vietnam	14	0,9%
Bulgarie	12	0,7%
Iran	12	0,6%
Tunisie	12	0,6%
Colombie	12	0,5%
Brésil	11	0,4%
Turquie	10	0,3%
Argentine	9	0,3%
Moldavie	8	0,2%
Égypte	8	0,2%
Sénégal	7	0,2%
Pérou	7	0,2%
Russie	6	0,2%
Autres Pays de naissance	85	2,4%

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme étranger

Pays de naissance du diplômé		
Nbre de chirurgiens-dentistes	2 540	100,0%
Roumanie	741	29,2%
France	322	12,7%
Espagne	290	11,4%
Belgique	150	5,9%
Portugal	125	4,9%
Algérie	119	4,7%
Liban	84	3,3%
Syrie	78	3,1%
Allemagne	55	2,2%
Pologne	50	2,0%
Maroc	45	1,8%
Italie	36	1,4%
Bulgarie	28	1,1%
Vietnam	23	0,9%
Royaume-Uni	22	0,9%
Moldavie	21	0,8%
Tunisie	21	0,8%
Pérou	19	0,7%
Iran	18	0,7%
Colombie	17	0,7%
Autres pays de naissance	276	10,9%

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme français

Pays de naissance du diplômé		
Nbre de chirurgiens-dentistes	38 955	100,0%
France	33 874	87,0%
Algérie	1 304	3,3%
Maroc	995	2,6%
Tunisie	753	1,9%
Vietnam	342	0,9%
Liban	193	0,5%
Allemagne	176	0,5%
Madagascar	125	0,3%
Iran	107	0,3%
Sénégal	90	0,2%
Cameroun	62	0,2%
Belgique	55	0,1%
Cote d'ivoire	54	0,1%
Cambodge	45	0,1%
Roumanie	41	0,1%
Maurice	38	0,1%
Suisse	36	0,1%
États-Unis	31	0,1%
Égypte	30	0,1%
Israël	29	0,1%
Autres pays de naissance	575	1,5%

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

En termes d'évolution, les chirurgiens-dentistes nés en Roumanie continuent à représenter une part importante et croissante des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger. Comme pour les médecins, les chirurgiens-dentistes nés en Espagne et diplômés à l'étranger sont en augmentation en termes de stock. A l'inverse, la part de ceux nés en France et en Belgique est en baisse. Sur les nouveaux inscrits à l'Ordre, on peut observer une légère tendance à la baisse des originaires de Roumanie, en faveur de ceux nés en Espagne et au Portugal, mais les effectifs sont très réduits et les tendances sont donc à interpréter avec prudence.

Tableau 12 : Évolution des effectifs de chirurgiens-dentistes à diplôme étranger entre 2012 et 2015 selon le pays de naissance

Chirurgiens-dentistes à diplôme étranger : Pays de naissance du diplômé				
	2012	2013	2014	2015
	1 502	1 769	2 111	2 540
Roumanie	17,3%	22,6%	27,0%	29,2%
France	16,0%	14,5%	13,3%	12,7%
Espagne	6,2%	8,4%	9,8%	11,4%
Belgique	9,7%	8,3%	6,9%	5,9%
Algérie	6,9%	5,8%	5,3%	4,7%
Liban	4,7%	4,2%	3,6%	3,3%
Syrie	4,7%	4,2%	3,6%	3,1%
Portugal	1,0%	1,6%	3,5%	4,9%

Chirurgiens-dentistes à diplôme étranger : Pays de naissance des primo-inscrits				
	2012	2013	2014	2015
	255	273	321	417
Roumanie	42,4%	46,5%	45,5%	36,5%
Espagne	12,2%	19,0%	18,7%	19,7%
Portugal	2,4%	4,4%	13,7%	12,0%
France	5,9%	5,5%	6,9%	9,6%
Algérie	0,8%	1,1%	1,6%	2,6%
Italie	1,6%	1,8%	1,2%	1,2%
Pérou	2,0%	2,2%	0,9%	1,0%
Moldavie	0,4%	1,1%	0,9%	2,4%

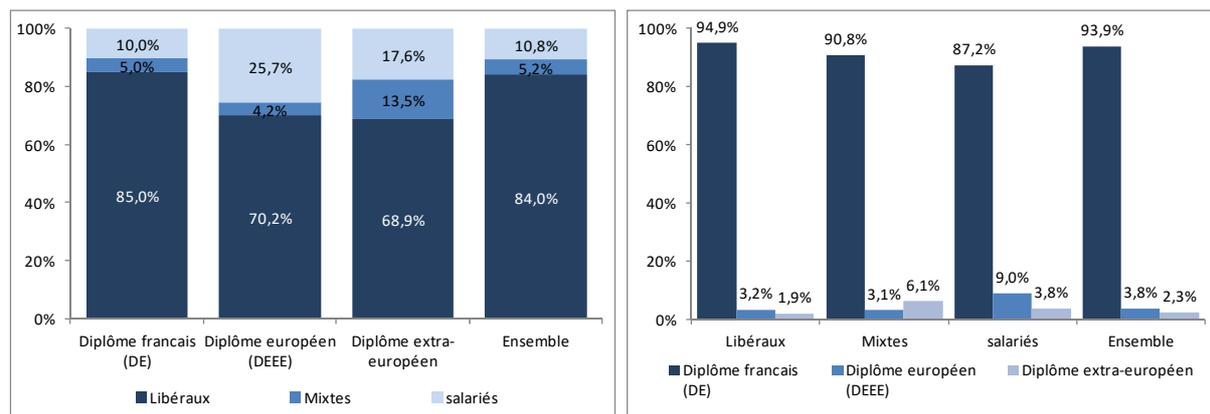
Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.3.4 Mode d'exercice

Quelle que soit l'origine du diplôme, les chirurgiens-dentistes exercent principalement en secteur libéral ou mixte (à 89,2 % au 1^{er} janvier 2015). Cette proportion est plus faible chez les chirurgiens-dentistes à diplôme européen (74,4 %) et chez les chirurgiens-dentistes à diplôme extra-européen (82,4 %).

Pour compléter cette analyse du mode d'exercice, sur le total des chirurgiens-dentistes inscrits au 1^{er} janvier 2015, la part de ceux qui enregistrent un diplôme étranger est de 6,1 %. Parmi les salariés, cette proportion est de 11,8 % (elle est de 5,1 % chez les chirurgiens-dentistes libéraux, et de 9,2 % chez les chirurgiens-dentistes en mode d'exercice mixte).

Figure 21 : Effectifs des chirurgiens-dentistes au 01/01/2015 selon le mode d'exercice



Source : RPPS 2015, exploitation : Fnors/ORS

Chez les primo-inscrits, la faible part des chirurgiens-dentistes s'inscrivant dans le secteur salarié se confirme même si elle a légèrement tendance à augmenter (Tableau 13). Elle reste plus importante chez les chirurgiens-dentistes à diplôme étranger comparés à ceux diplômés en France.

Tableau 13 : Répartition des chirurgiens-dentistes primo-inscrits selon le mode d'exercice et l'origine du diplôme

Chirurgiens-dentistes primo-inscrits ayant un diplôme étranger

Chirurgiens-dentistes primo-inscrits (diplôme étranger) selon le mode d'exercice				
	2011	2012	2013	2014
Libéral	171	193	207	248
Mixte	4	4	6	9
Salarié	50	76	108	160
Total général	225	273	321	417
% secteur libéral ou mixte	77,8%	72,2%	66,4%	61,6%

Chirurgiens-dentistes primo-inscrits ayant un diplôme français

Chirurgiens-dentistes primo-inscrits (diplôme français) selon le mode d'exercice				
	2011	2012	2013	2014
Libéral	702	706	713	731
Mixte	17	26	29	18
Salarié	80	131	101	107
Total général	799	863	843	856
% secteur libéral ou mixte	90,0%	84,8%	88,0%	87,5%

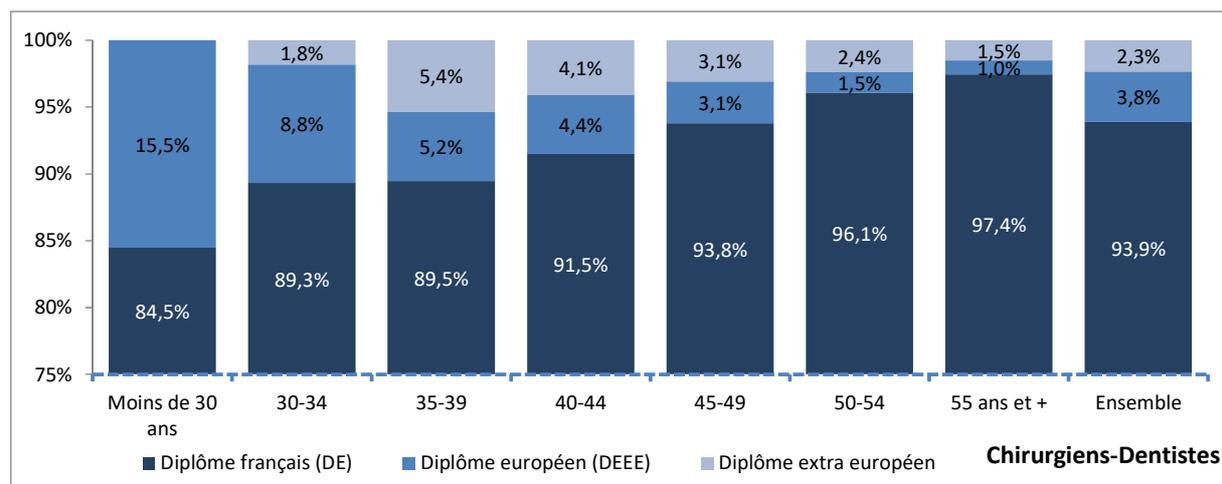
Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.3.5 Répartition selon l'âge

Contrairement aux médecins, au 1^{er} janvier 2015, les chirurgiens-dentistes à diplôme étranger sont relativement plus nombreux parmi les moins de 30 ans et leur part se réduit au fur et à mesure de l'avancée en âge : de 15,5 % chez les chirurgiens-dentistes de moins de 30 ans, la proportion passe à 2,5 % chez les 55 ans et plus. Cette situation traduit dans la période récente des flux entrant de chirurgiens-dentistes plus importants.

La moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes est 49 ans. Les chirurgiens-dentistes à diplôme européen sont plus jeunes (38 ans de moyenne d'âge) comparés aux chirurgiens-dentistes à diplôme extra-européen (47 ans) et ceux à diplôme français (50 ans). L'écart d'âge entre chirurgiens-dentistes à diplôme français et chirurgiens-dentistes à diplôme extra-européen n'a pas évolué entre 2012 et 2015, mais il a évolué pour les chirurgiens-dentistes à diplôme européen (42 ans en 2012).

Figure 22 : Répartition des chirurgiens-dentistes au 01/01/2015 selon l'âge



Lecture : Attention l'échelle commence à 75 %

Source : RPPS 201 ; exploitation : Fnors/ORS

5.3.6 Répartition géographique

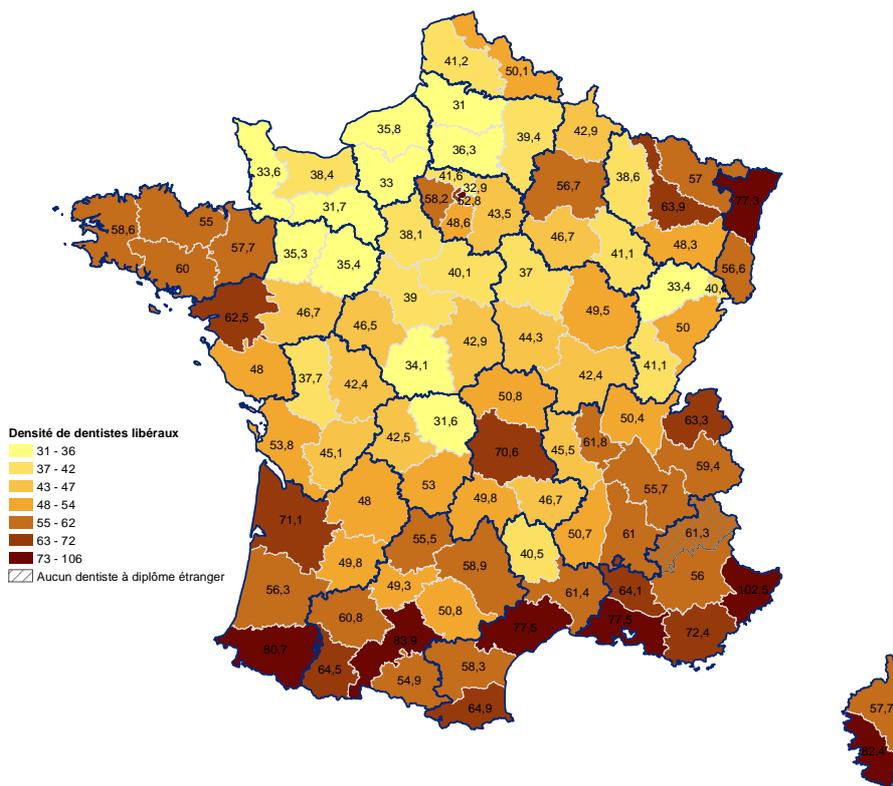
Au 1^{er} janvier 2015, la France compte, en moyenne pour 100 000 habitants, 63 chirurgiens-dentistes dont 4 ont un diplôme étranger. Un peu plus d'un chirurgien-dentiste sur cinq (21 %) est installé dans les départements de l'Île-de-France, 11 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et 10 % en Rhône-Alpes. À l'opposé, les régions Corse, Limousin, Basse-Normandie, Franche-Comté et Haute-Normandie enregistrent les plus faibles effectifs.

Les densités départementales de chirurgiens-dentistes libéraux (mode d'exercice majoritaire) varient de 31 professionnels pour 100 000 habitants dans la Somme, l'Orne ou encore la Creuse à plus de 100 à Paris et dans les Alpes-Maritimes (Figure 23). La part des chirurgiens-dentistes libéraux à diplôme étranger est nulle en Corrèze et dans les Hautes-Alpes et proche de 1,5 % dans certains départements qui, comme le Puy-de-Dôme et l'Ariège affichent des densités en chirurgiens-dentistes parmi les plus importantes. Elle atteint près de 25 % dans l'Orne (Figure 24).

La densité de chirurgiens-dentistes est également corrélée à la part des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger (coefficient de corrélation de -37,8 % pour les libéraux) : certains départements moins dotés en termes de densité de chirurgiens-dentistes libéraux enregistrent relativement plus de chirurgiens-dentistes libéraux à diplôme étranger et inversement (Figure 25). Cette tendance se confirme avec l'APL de chirurgiens-dentistes qui prend en compte l'activité des chirurgiens-dentistes et la population des territoires avoisinants (coefficient de corrélation de -50 % entre APL et part de chirurgiens-dentistes à diplôme étranger).

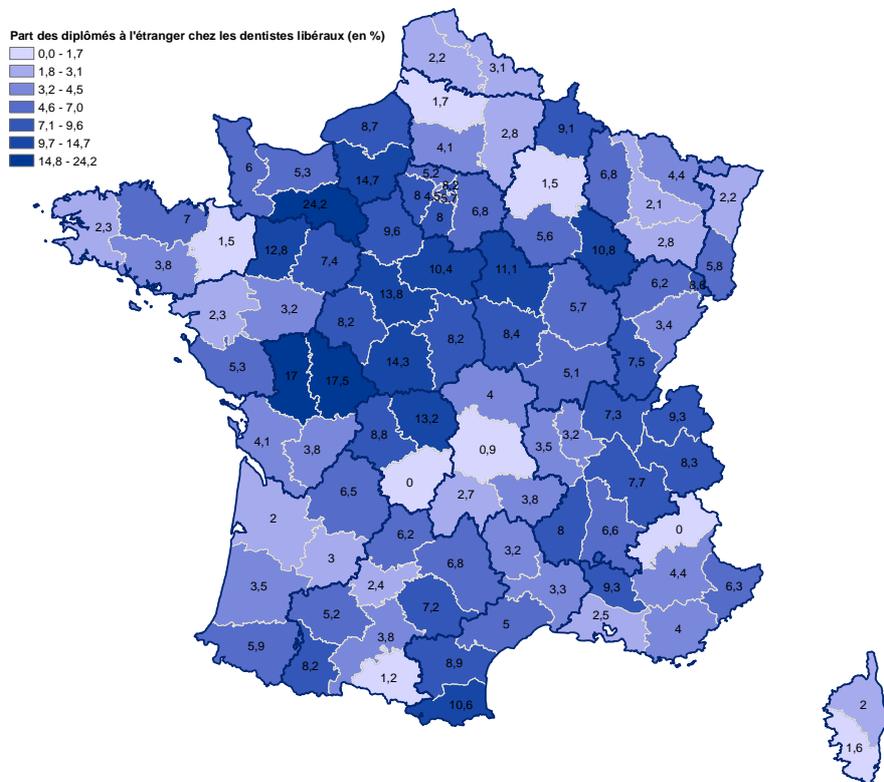
Ainsi, comme pour les médecins, les chirurgiens-dentistes à diplôme européen s'installent pour partie dans les départements les moins bien dotés.

Figure 23 : Densité de chirurgiens-dentistes libéraux*



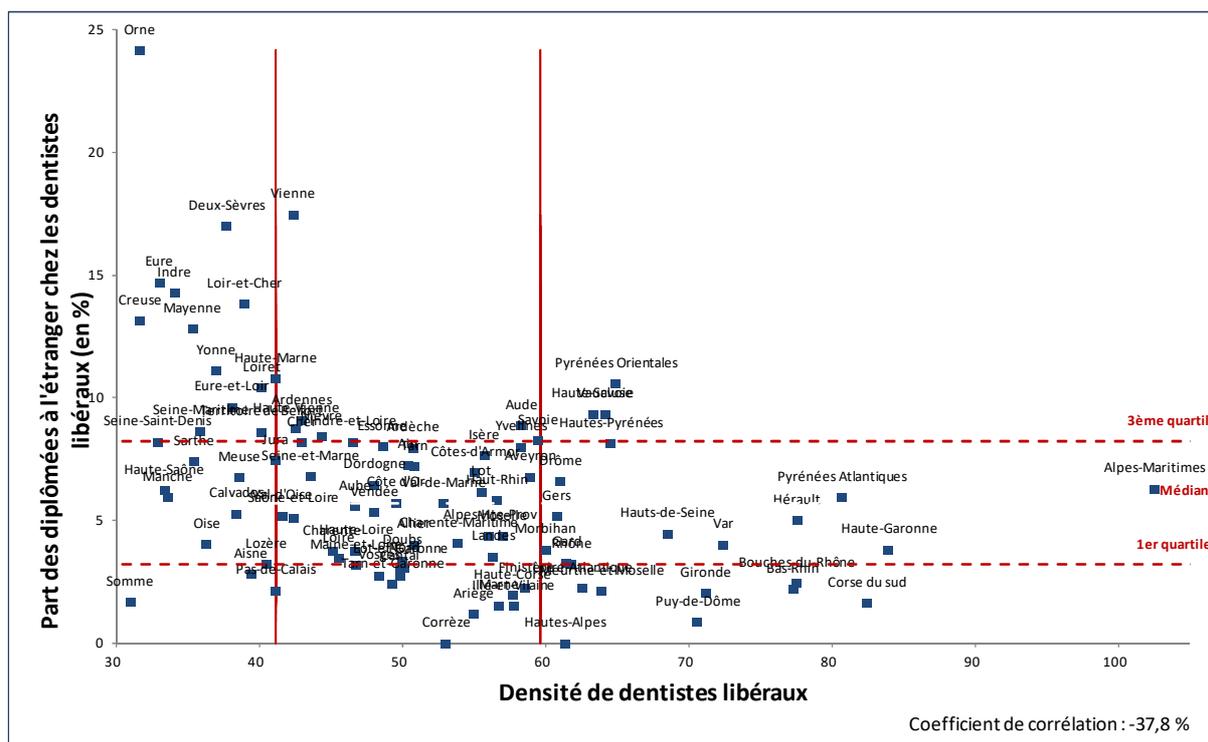
Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS
*Anciennes régions

Figure 24 : Part de chirurgiens-dentistes libéraux à diplôme étranger au 01/01/2015



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS
*Anciennes régions

Figure 25 : Situation des départements au 01/01/2015 en fonction de la densité de chirurgiens-dentistes libéraux et de la part de chirurgiens-dentistes libéraux à diplôme étranger



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.4 Les sages-femmes à diplôme étranger

Au 1^{er} janvier 2015, le RPPS enregistrait 21 632 sages-femmes actives dont 1 274 sages-femmes titulaires d'un diplôme étranger (1 137 diplômes européens et 142 diplômes extra-européens). La part des sages-femmes ayant un diplôme étranger est ainsi de 5,9 %.

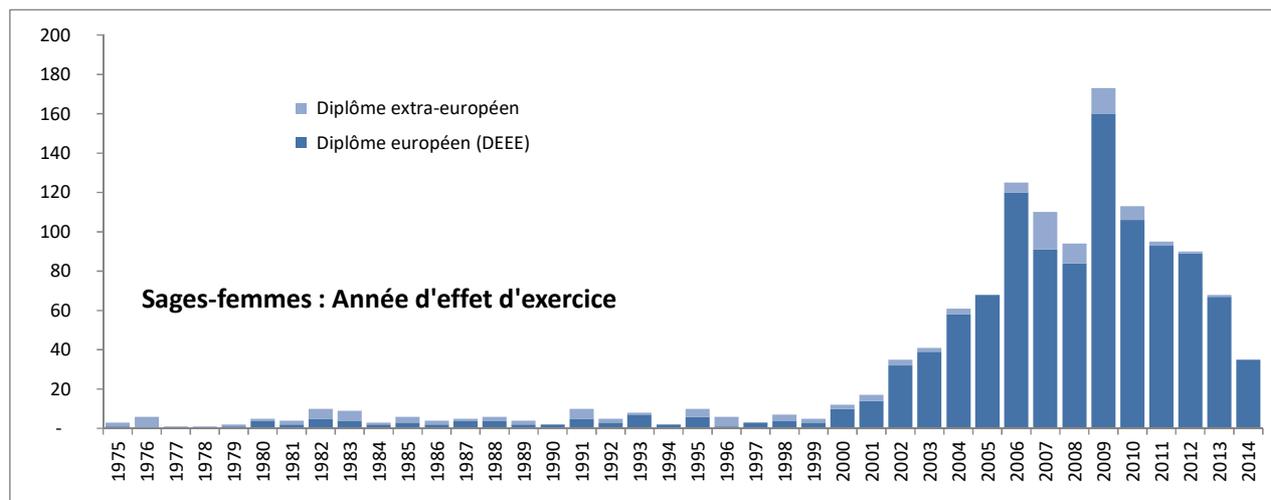
5.4.1 Année d'effet d'exercice

Au 1^{er} janvier 2015, les sages-femmes à diplôme étranger dont l'exercice débute avant 2000 sont peu nombreuses. En 2009, l'effectif de sages-femmes à diplôme étranger a atteint un pic avec 173 sages-femmes dont l'exercice débute cette année-là. Entre 2000 et 2006, l'effectif a régulièrement augmenté avant de subir deux baisses consécutives. Depuis 2010, une baisse du nombre de sages-femmes à diplôme étranger est régulièrement constatée.

On peut noter que les effectifs de sages-femmes à diplôme extra-européen sont très faibles.

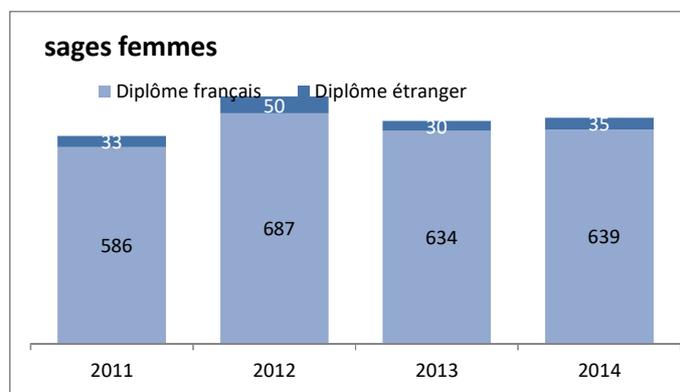
Chaque année depuis 2012, seule une trentaine de sages-femmes s'inscrivent à l'ordre avec un diplôme étranger (Figure 27). Ce chiffre atteint 50 pour celles de 2012, année où les inscriptions de sages-femmes ont été globalement supérieures (+19 % par rapport à 2011).

Figure 26 : Effectifs des sages-femmes à diplôme étranger par année d'effet d'exercice au 01/01/2015



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Figure 27 : Effectifs des sages-femmes nouvellement en exercice entre 2011-2014



Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.4.2 Pays du diplôme

Au 1^{er} janvier 2015, sur l'ensemble des sages-femmes actives ayant un diplôme étranger, 79 % l'ont obtenu en Belgique et, loin derrière, 5 % en Algérie. Ces données et les précédentes illustrent bien le phénomène des sages-femmes françaises privilégiant la formation en Belgique, plus courte que celle en France qui, avec 5 années d'étude, affiche la formation la plus longue (cf. **Tableau 14**).

Tableau 14 : Effectifs des sages-femmes à diplôme étranger selon le pays du diplôme au 01/01/2015

Sages-femmes ayant un diplôme européen

Pays d'obtention du diplôme		
Nombre de sages-femmes	1 137	100,0%
Belgique	1 013	89,1%
Suisse	47	4,1%
Royaume-Uni	29	2,6%
Allemagne	20	1,8%
Italie	8	0,7%
Irlande	6	0,5%
Pologne	4	0,4%
EEE – Inconnu	4	0,4%
Espagne	2	0,2%
Danemark	1	0,1%
Autriche	1	0,1%
Bulgarie	1	0,1%
Hongrie	1	0,1%

Sages-femmes ayant un diplôme extra-européen

Pays d'obtention du diplôme		
Nombre de sages-femmes	142	100,0%
Algérie	66	46,5%
Sénégal	16	11,3%
Cote d'ivoire	10	7,0%
Liban	9	6,3%
Maroc	7	4,9%
Tunisie	6	4,2%
Inconnu	5	3,5%
Madagascar	4	2,8%
Chili	4	2,8%
Pérou	4	2,8%
Benin	3	2,1%
Gabon	2	1,4%
Togo	2	1,4%
Iran	1	0,7%
Cambodge	1	0,7%
Congo	1	0,7%
Mauritanie	1	0,7%

Sages-femmes ayant un diplôme étranger

Pays d'obtention du diplôme		
Nombre de sages-femmes	1 279	100,0%
Belgique	1 013	79,2%
Algérie	66	5,2%
Suisse	47	3,7%
Royaume-Uni	29	2,3%
Allemagne	20	1,6%
Sénégal	16	1,3%
Cote d'ivoire	10	0,8%
Liban	9	0,7%
Italie	8	0,6%
Maroc	7	0,5%
Irlande	6	0,5%
Tunisie	6	0,5%
Inconnu	5	0,4%
Pologne	4	0,3%
Madagascar	4	0,3%
Chili	4	0,3%
Pérou	4	0,3%
Benin	3	0,2%
Espagne	2	0,2%
Gabon	2	0,2%
Autre pays	14	1,1%

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.4.3 Pays de naissance

Au 1^{er} janvier 2015, parmi les sages-femmes présentant un diplôme européen, la grande majorité (85,8 %) est née en France. Viennent loin derrière celles nées en Belgique (4,9 %) puis en Allemagne, au Royaume-Uni et en Irlande (entre 2 et 1 %). La répartition suivant leur nationalité des sages-femmes formées dans un pays européen (hors France) est proche (cf. [Annexe 12](#)).

Les sages-femmes nées en Algérie sont les plus nombreuses parmi les sages-femmes avec un diplôme extra-européen (38,7 % pour seulement 55 professionnelles, les effectifs sont très réduits). Au final, la France est le principal – et de loin – pays de naissance des sages-femmes à diplôme étranger, suivie de l’Algérie et la Belgique. La comparaison avec les pays d’obtention du diplôme, pour lesquels la Belgique arrive en large tête, montre bien que de nombreuses sages-femmes françaises (de nationalité ou de naissance) vont se former en Belgique.

Les effectifs ne permettent pas de vérifier l’évolution depuis 2012, ni sur l’ensemble des sages-femmes à diplôme étranger, ni sur les primo-inscrites.

Tableau 15 : Effectifs des sages-femmes à diplôme étranger selon le pays de naissance au 01/01/2015

Sages-femmes ayant un diplôme européen

Pays de naissance du diplômé		
Nombre de sages-femmes	1 137	100,0%
France	976	85,8%
Belgique	56	4,9%
Allemagne	22	1,9%
Royaume-Uni	13	1,1%
Irlande	11	1,0%
Italie	7	0,6%
Suisse	7	0,6%
Pologne	5	0,4%
Espagne	3	0,3%
Cameroun	3	0,3%
Algérie	3	0,3%
Pays-Bas	2	0,2%
Congo	2	0,2%
Sénégal	2	0,2%
Maroc	2	0,2%
États-Unis	2	0,2%
Danemark	1	0,1%
Autriche	1	0,1%
Bulgarie	1	0,1%
Hongrie	1	0,1%
Autres Pays de naissance	17	1,5%

Sages-femmes ayant un diplôme extra-européen

Pays de naissance du diplômé		
Nombre de sages-femmes	142	100,0%
Algérie	55	38,7%
France	21	14,8%
Sénégal	14	9,9%
Liban	9	6,3%
Cote d’ivoire	8	5,6%
Maroc	7	4,9%
Tunisie	5	3,5%
Pérou	4	2,8%
Benin	3	2,1%
Chili	3	2,1%
Madagascar	2	1,4%
Togo	2	1,4%
Allemagne	1	0,7%
Irlande	1	0,7%
Iran	1	0,7%
Cameroun	1	0,7%
Congo	1	0,7%
Gabon	1	0,7%
Guinée	1	0,7%
Mauritanie	1	0,7%
Comores	1	0,7%

Sages-femmes ayant un diplôme étranger

Pays de naissance du diplômé		
Nombre de sages-femmes	1 279	100,0%
France	997	78,0%
Algérie	58	4,5%
Belgique	56	4,4%
Allemagne	23	1,8%
Sénégal	16	1,3%
Royaume-Uni	13	1,0%
Irlande	12	0,9%
Liban	10	0,8%
Maroc	9	0,7%
Cote d'ivoire	8	0,6%
Italie	7	0,5%
Suisse	7	0,5%
Tunisie	6	0,5%
Pologne	5	0,4%
Cameroun	4	0,3%
Pérou	4	0,3%
Espagne	3	0,2%
Congo	3	0,2%
Benin	3	0,2%
Togo	3	0,2%
Autres Pays de naissance	32	2,5%

Sages-femmes ayant un diplôme français

Pays de naissance du diplômé		
Nombre de sages-femmes	20 353	100,0%
France	19 588	96,2%
Algérie	150	0,7%
Maroc	103	0,5%
Allemagne	60	0,3%
Iran	42	0,2%
Madagascar	38	0,2%
Tunisie	32	0,2%
Cameroun	28	0,1%
Belgique	22	0,1%
Sénégal	19	0,1%
Cote d'ivoire	14	0,1%
Espagne	12	0,1%
Italie	11	0,1%
Portugal	11	0,1%
Suisse	11	0,1%
Corée (république de)	11	0,1%
Vietnam	11	0,1%
Canada	11	0,1%
Pays-Bas	8	0,0%
États-Unis	8	0,0%
Autres Pays de naissance	163	0,8%

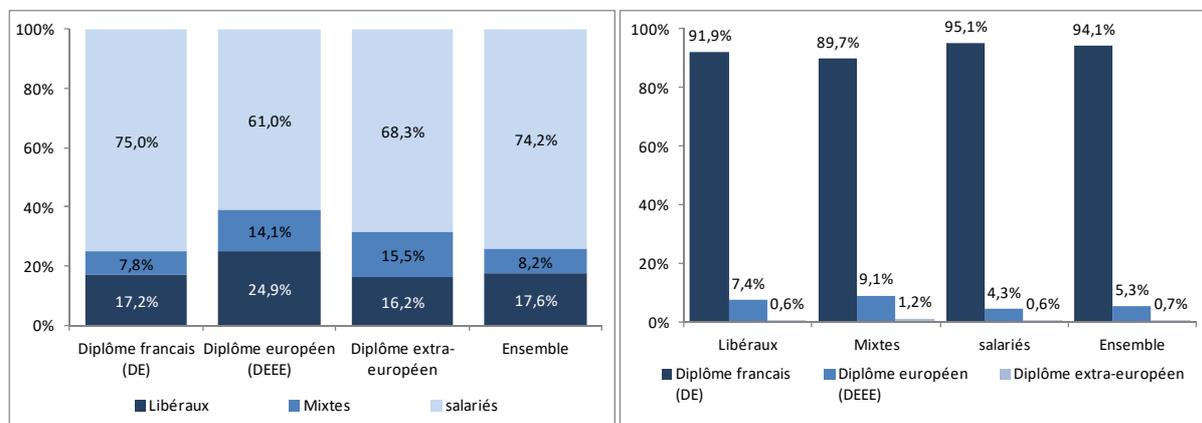
Source : RPPS 201 ; exploitation : Fnors/ORS

5.4.4 Mode d'exercice

Sur l'ensemble des sages-femmes, le mode d'exercice principal est le secteur salarié (74,2 % d'entre elles au 1^{er} janvier 2015). Cette proportion est plus faible chez les sages-femmes à diplôme européen (61 %) et celles à diplôme extra européen (68,3 %), à l'inverse des médecins, plus nombreux dans le secteur libéral.

Par ailleurs, sur le total des sages-femmes inscrites au 1^{er} janvier 2015, la part de celles qui enregistrent un diplôme étranger est de 6 %. Parmi les sages-femmes salariées, la part de celles qui enregistrent un diplôme étranger est de 5 % (elle est de 8 % chez les sages-femmes libérales et de 10 % chez les sages-femmes en mode d'exercice mixte).

Figure 28 : Effectifs des sages-femmes selon le mode d'exercice au 01/01/2015



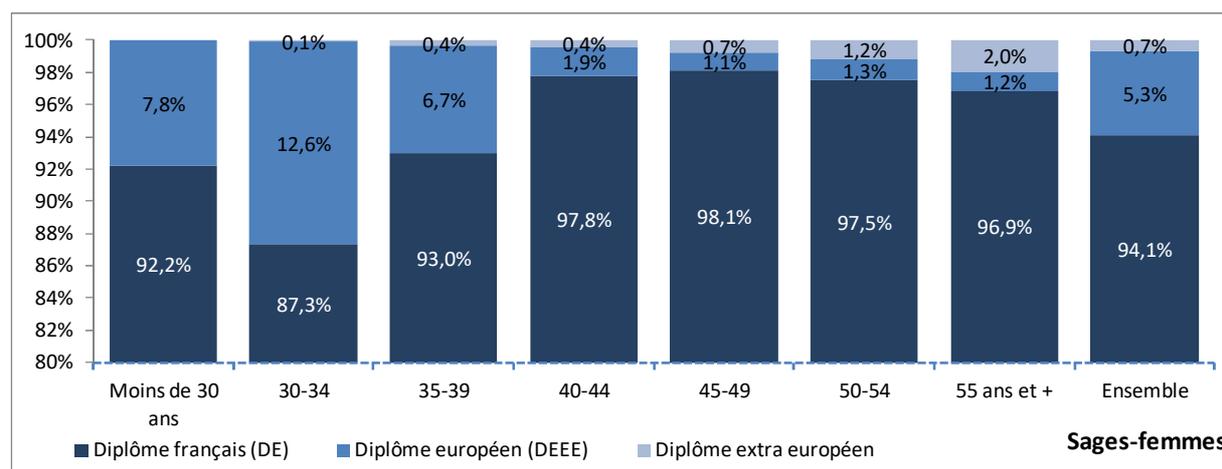
Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.4.5 Répartition selon l'âge

La répartition des sages-femmes par âge laisse apparaître une forte concentration des sages-femmes à diplôme étranger aux âges les plus jeunes, jusqu'à 39 ans. Leur part parmi les sages-femmes est ensuite très faible : de 13 % chez les sages-femmes de 30-34 ans, la proportion passe à 3 % chez les 55 ans et plus.

Sur l'ensemble des sages-femmes actives en 2015, la moyenne d'âge est 41 ans. Les sages-femmes à diplôme européen sont plus jeunes (34 ans de moyenne d'âge) comparées aux sages-femmes à diplôme extra européen (54 ans) et à celles à diplôme français (42 ans). Cet écart d'âge n'a pas évolué entre 2012 et 2015.

Figure 29 : Répartition des sages-femmes selon l'âge au 01/01/2015



Lecture : Attention l'échelle commence à 80 %

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

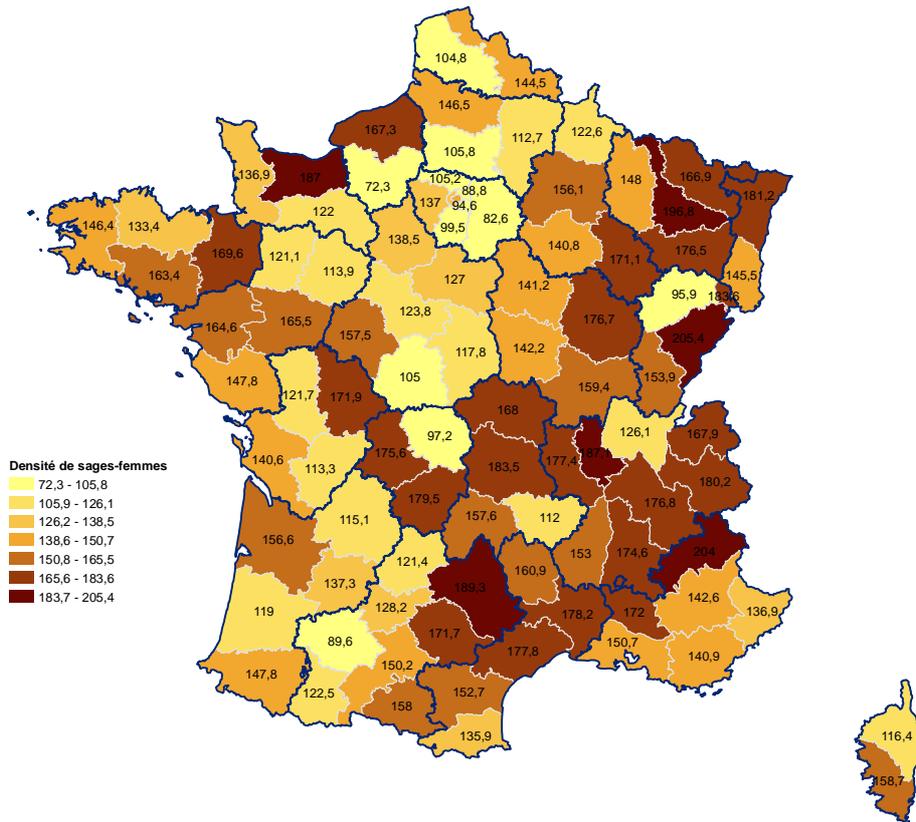
5.4.6 Répartition géographique

Au 1^{er} janvier 2015, la France compte, en moyenne pour 100 000 femmes en âge de procréer (15-49 ans), 147 sages-femmes dont 9 ont un diplôme étranger. Les départements de l'Île-de-France accueillent 16 % des sages-femmes, ceux de Rhône-Alpes en accueille 12 % et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur 7 %. À l'opposé, les régions Corse, Limousin, Franche-Comté, Champagne-Ardenne et Auvergne enregistrent les plus faibles effectifs.

Les densités de sages-femmes par département varient de 72 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15-49 ans dans l'Eure à 205 dans le Doubs (Figure 30). La part des sages-femmes à diplôme étranger varie de 0 % (dans la Creuse, en Corse du sud, dans le Jura, dans le Lot, en Haute-Marne, dans le Territoire de Belfort) à plus de 16 % en Seine-Saint-Denis et dans les Ardennes (Figure 31).

La comparaison des densités montre que la densité de sages-femmes est un peu corrélée à la part des sages-femmes à diplôme étranger (coefficient de corrélation de -36 %) : certains départements moins dotés en termes de densité de sages-femmes, enregistrent plus de sages-femmes à diplôme étranger et inversement (Figure 32).

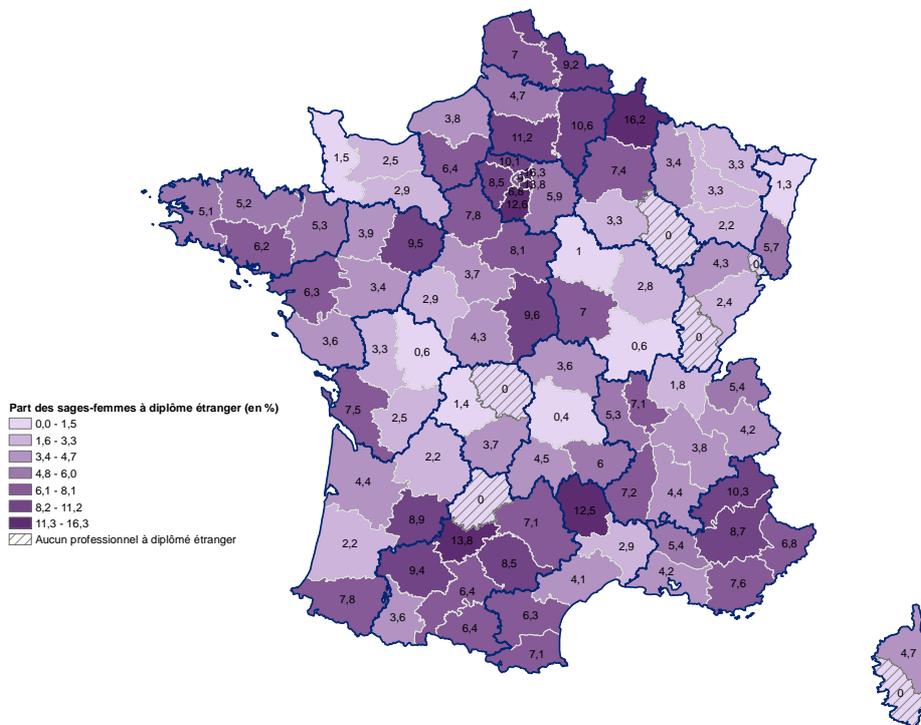
Figure 30 : Densité de sages-femmes au 01/01/2015*



Source : RPPS 201 ; exploitation : Fnors/ORS.

*Anciennes régions

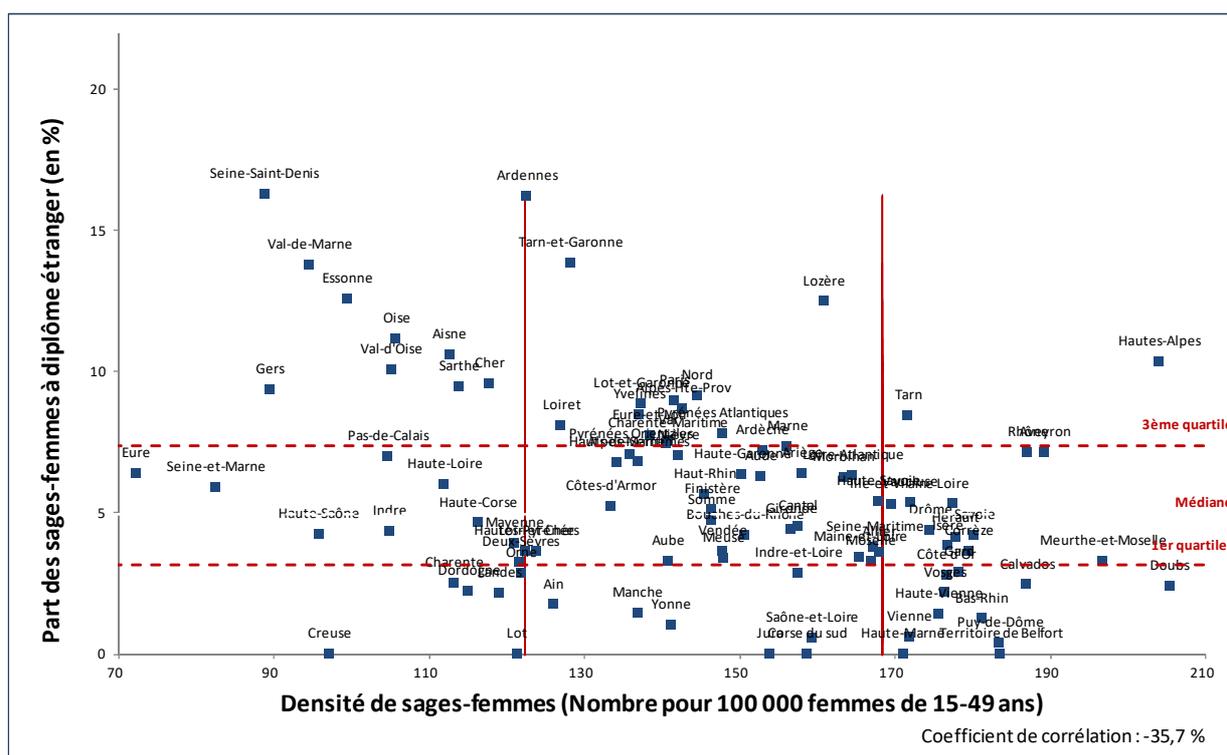
Figure 31 : Part des sages-femmes à diplôme étranger au 01/01/2015*



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS.

*Anciennes régions

Figure 32 : Situation des départements au 01/01/2015 en fonction de la densité de sages-femmes et de la part des sages-femmes à diplôme étranger



Source : RPPS 201 ; exploitation Fnors/ORS

5.5 Les pharmaciens à diplôme étranger

Au 1^{er} janvier 2015, le RPPS enregistre 74 345 pharmaciens actifs dont 1 098 à diplôme étranger (746 titulaires d'un diplôme européen et 352 d'un diplôme extra-européen), soit 1,5 % de l'ensemble des pharmaciens. Les pharmaciens à diplôme délivré par un pays étranger ont donc un impact relativement faible sur le système de régulation en France mis en place par le numerus clausus.

La question des pharmaciens d'officine est spécifique, comme enjeu d'offre de soins de proximité mais aussi compte tenu de leurs contraintes en matière d'installation.

Au 1^{er} janvier 2015, 73,7 % des pharmaciens, soit 54 787 professionnels, sont pharmaciens d'officine. Cette sous-catégorie réunit :

- les pharmaciens titulaires d'officine (section A du tableau des pharmaciens)
- les pharmaciens adjoints, pharmaciens remplaçants le titulaire, gérants après décès du titulaire, pharmaciens multi-employeurs (tableau D)
- les pharmaciens responsables ou pharmaciens responsables intérimaires, les pharmaciens adjoints, délégués ou délégués intérimaires d'une entreprise : fabricant, importateur, exploitant (section B du tableau des pharmaciens).

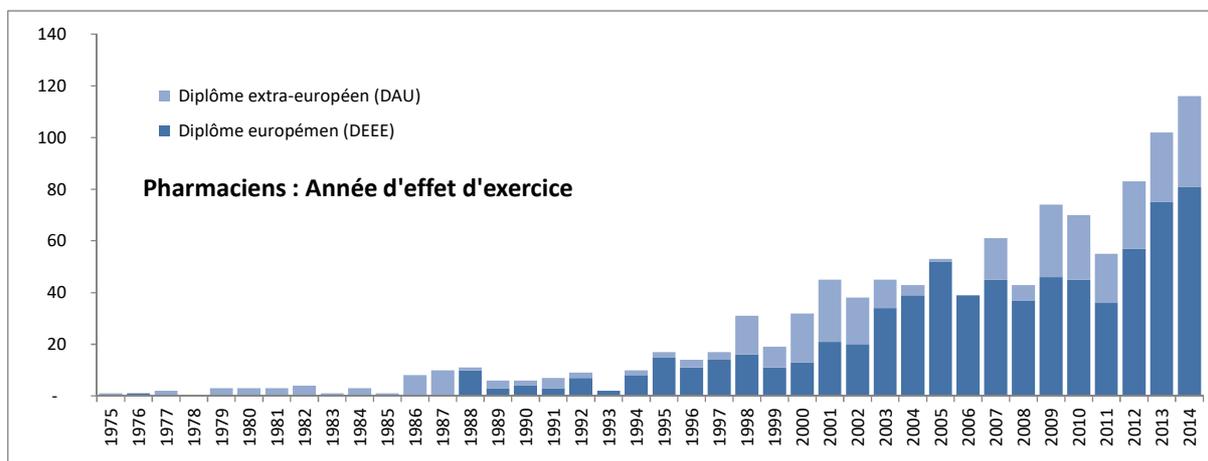
Les sections A, D ou B sont enregistrées dans la base RPPS dans au moins une des cinq activités du pharmacien (Drees, 2014).

Dans cette population des pharmaciens d'officine, au 1^{er} janvier 2015, 660 ont un diplôme étranger (593 titulaires d'un diplôme européen et 67 d'un diplôme extra-européen), soit 1,2 % de l'ensemble des pharmaciens d'officine.

5.5.1 Année d'effet d'exercice

La part des pharmaciens à diplôme étranger parmi les pharmaciens nouvellement inscrits à l'Ordre semble en augmentation sur les dernières années : en moyenne 54 nouveaux inscrits par an entre 2003 et 2011, puis une progression régulière jusqu'à atteindre 116 nouveaux inscrits en 2014 (soit 4,9 % de l'ensemble des nouveaux inscrits).

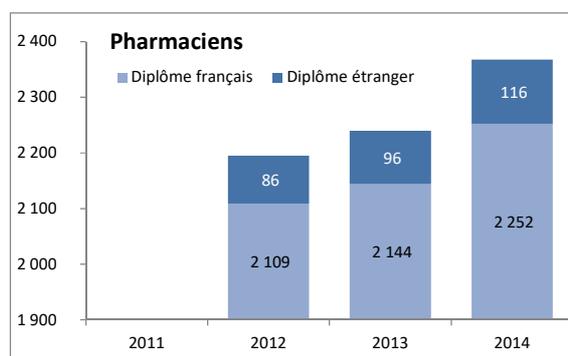
Figure 33 : Effectifs des pharmaciens à diplôme étranger au 01/01/2015 par année d'effet d'exercice



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Cette progression se confirme sur les effectifs de nouveaux inscrits en 2013, 2014 et 2015.

Figure 34 : Effectifs des pharmaciens nouvellement inscrits entre 2012-2015



Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.5.2 Pays d'obtention du diplôme

Au 1^{er} janvier 2015, sur l'ensemble des pharmaciens actifs à diplôme étranger, 746 ont un diplôme européen (68 % de l'ensemble) et 352 un diplôme extra-européen (32 %).

Sur l'ensemble des pharmaciens actifs ayant un diplôme européen, 43 % l'ont obtenu en Belgique, 18 % en Italie, 12 % en Espagne. Pour les pharmaciens actifs ayant un diplôme extra-européen, 41 % l'ont obtenu en Algérie, 18 % au Sénégal (pays qui apparaît rarement pour les autres professions) et 15 % en Syrie.

Tableau 16 : Effectifs des pharmaciens à diplôme étranger selon le pays du diplôme au 01/01/2015

Pharmaciens ayant un diplôme européen

Pays d'obtention du diplôme		
Nombre de pharmaciens	746	100,0%
Belgique	322	43,2%
Italie	131	17,6%
Espagne	88	11,8%
Roumanie	41	5,5%
Allemagne	37	5,0%
Portugal	28	3,8%
Pologne	21	2,8%
Royaume-Uni	17	2,3%
France	6	0,8%
République tchèque	6	0,8%
Lituanie	5	0,7%
Bulgarie	5	0,7%
Hongrie	4	0,5%
Slovaquie	4	0,5%
Grèce	4	0,5%
Pays-Bas	4	0,5%
Danemark	3	0,4%
Autriche	3	0,4%
Suisse	3	0,4%
Togo	3	0,4%
Autre pays	11	1,5%

Pharmaciens ayant un diplôme extra-européen

Pays d'obtention du diplôme		
Nombre de pharmaciens	352	100,0%
Algérie	146	41,5%
Sénégal	64	18,2%
Syrie	53	15,1%
Liban	19	5,4%
Tunisie	16	4,5%
Guinée	9	2,6%
Roumanie	8	2,3%
Russie	4	1,1%
Cote d'ivoire	4	1,1%
Argentine	4	1,1%
Maroc	3	0,9%
France	2	0,6%
Iran	2	0,6%
Égypte	2	0,6%
Congo	2	0,6%
Mali	2	0,6%
Chili	2	0,6%
Albanie	1	0,3%
Afghanistan	1	0,3%
Vietnam	1	0,3%
Autre pays	7	2,0%

Pharmaciens ayant un diplôme étranger

Pays d'obtention du diplôme		
Nombre de pharmaciens	1 098	100,0%
Belgique	322	29,3%
Algérie	148	13,5%
Italie	131	11,9%
Espagne	88	8,0%
Sénégal	64	5,8%
Syrie	53	4,8%
Roumanie	49	4,5%
Allemagne	37	3,4%
Portugal	28	2,6%
Pologne	21	1,9%
Liban	19	1,7%
Royaume-Uni	17	1,5%
Tunisie	16	1,5%
Guinée	9	0,8%
France	8	0,7%
République tchèque	6	0,5%
Lituanie	5	0,5%
Bulgarie	5	0,5%
Russie	5	0,5%
Hongrie	4	0,4%
Autre pays	63	5,7%

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Pour les pharmaciens d'officine actifs ayant un diplôme étranger, la Belgique est plus fréquemment le pays d'obtention du diplôme (pour 40 % d'entre eux), suivie de l'Italie et l'Espagne (16,5 et 10,6 %). Les pharmaciens d'officine ne sont que 2,1 % à présenter un diplôme obtenu en Algérie et 5,6% du Sénégal.

Tableau 17 : Effectifs des pharmaciens d'officine à diplôme étranger au 01/01/2015 selon le pays du diplôme

Pays d'obtention du diplôme		
Nombre de pharmaciens	660	100,0%
Belgique	264	40,0%
Italie	109	16,5%
Espagne	70	10,6%
Sénégal	37	5,6%
Roumanie	35	5,3%
Allemagne	29	4,4%
Portugal	22	3,3%
Pologne	15	2,3%
Royaume-Uni	14	2,1%
Algérie	14	2,1%
Liban	6	0,9%
Lituanie	5	0,8%
République tchèque	5	0,8%
France	3	0,5%
Bulgarie	3	0,5%
Slovaquie	3	0,5%
Grèce	3	0,5%
Danemark	2	0,3%
Autre pays	21	3,2%

Source : RPPS 2015, exploitation : Fnors/ORS

5.5.3 Pays de naissance

Si l'analyse suivant la nationalité laisse apparaître la prédominance de Français parmi les pharmaciens à diplôme étranger (53,9 % ; cf. [Annexe 12](#)), ils sont moins nombreux à être nés en France (22,9 %) et sont suivis par ceux nés en Algérie (13,2 %) puis Belgique (9,7 %) et Italie (6,1 %). Le détail selon que le diplôme ait été obtenu en Europe ou en dehors n'est pas connu pour cette variable.

Tableau 18 : Effectifs des pharmaciens à diplôme étranger selon le pays de naissance au 01/01/2015

Pharmaciens ayant un diplôme étranger

Pharmaciens ayant un diplôme français

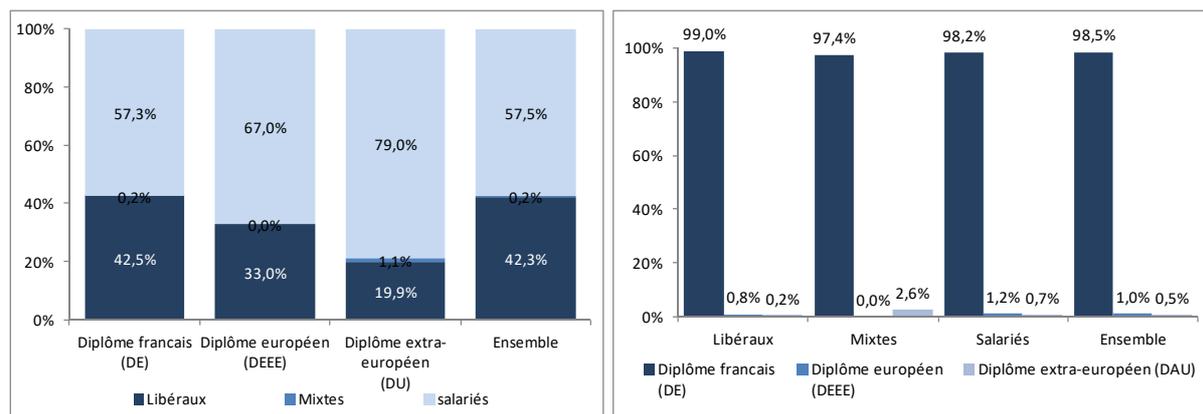
Pays de naissance du diplômé			Pays de naissance du diplômé		
Nombre de pharmaciens	1 098	100,0%	Nombre de pharmaciens	73 245	100,0%
France	251	22,9%	France	67 237	91,8%
Algérie	145	13,2%	Algérie	1 573	2,1%
Belgique	106	9,7%	Maroc	1 177	1,6%
Italie	67	6,1%	Tunisie	560	0,8%
Maroc	53	4,8%	Vietnam	397	0,5%
Syrie	51	4,6%	Madagascar	280	0,4%
Espagne	47	4,3%	Allemagne	205	0,3%
Cameroun	39	3,6%	Cameroun	201	0,3%
Roumanie	36	3,3%	Cambodge	177	0,2%
Liban	31	2,8%	Liban	121	0,2%
Sénégal	29	2,6%	Sénégal	102	0,1%
Allemagne	26	2,4%	Cote d'ivoire	101	0,1%
Pologne	21	1,9%	Belgique	90	0,1%
Tunisie	20	1,8%	Congo	86	0,1%
Portugal	15	1,4%	Iran	54	0,1%
Guinée	13	1,2%	Benin	49	0,1%
Autres pays de naissance	148	13,5%	Autres pays de naissance	835	1,1%

Source : RPPS 201 ; exploitation : Fnors/ORS

5.5.4 Mode d'exercice

Globalement, les pharmaciens exercent en majorité en secteur salarié (57,5 % au 1^{er} janvier 2015). Cette proportion est plus forte parmi les pharmaciens à diplôme européen (67,0 %) de même que parmi les pharmaciens à diplôme extra européen (79 %).

Figure 35 : Effectifs des pharmaciens selon le mode d'exercice au 01/01/2015



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Pour les pharmaciens d'officine, la répartition entre libéraux et salariés est équivalente pour les titulaires d'un diplôme français (50 %). Ils sont plus nombreux à être salariés chez les titulaires d'un diplôme extra-européen (55,2 %) et encore plus chez ceux qui possèdent un diplôme européen (64,1 %).

Bien que sur des effectifs réduits, la forte prédominance du secteur salarié se confirme chez les pharmaciens primo-inscrits (Tableau 19).

Tableau 19 : Répartition des pharmaciens primo-inscrits selon le mode d'exercice et l'origine du diplôme

Pharmaciens primo-inscrits ayant un diplôme étranger

Pharmaciens primo-inscrits (diplôme étranger) selon le mode d'exercice				
	2011	2012	2013	2014
Libéral	3	5	8	6
Mixte	0	1	0	0
Salarié	42	80	88	110
Total général	45	86	96	116
% secteur salarié	93%	93%	92%	95%

Pharmaciens primo-inscrits ayant un diplôme français

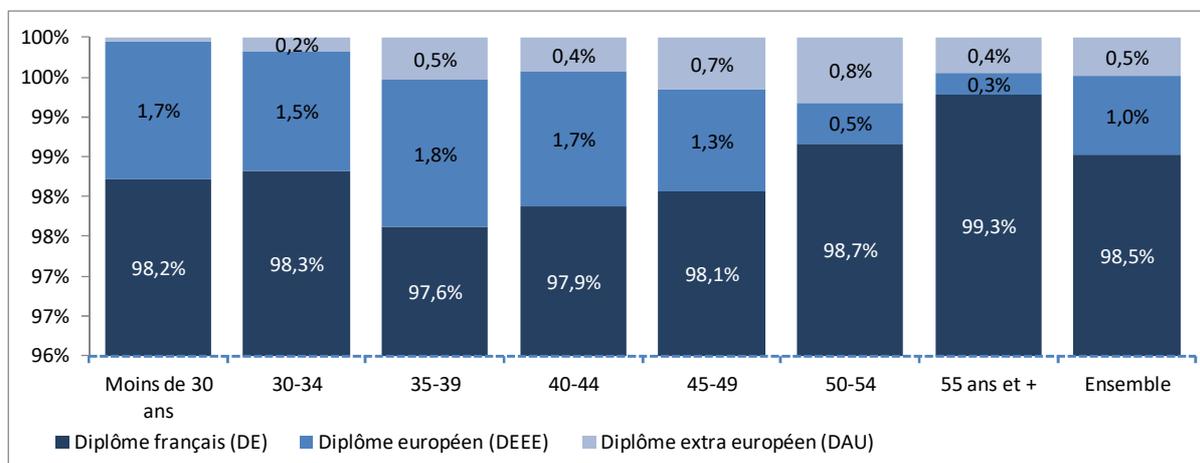
Pharmaciens primo-inscrits (diplôme français) selon le mode d'exercice				
	2011	2012	2013	2014
Libéral	109	113	107	98
Mixte	1	0	2	0
Salarié	1 848	1 996	2 035	2 154
Total général	1 958	2 109	2 144	2 252
% secteur salarié	94%	95%	95%	96%

Source : RPPS 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

5.5.5 Répartition selon l'âge

L'analyse de la répartition par âge des pharmaciens montre se répartissent de façon à peu près égale sur les différentes tranches d'âge jusqu'à 44 voire 49 ans. En 2015, ils ne sont quasiment pas représentés au-delà de 50 ans.

Figure 36 : Répartition des pharmaciens selon l'âge au 01/01/2015



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

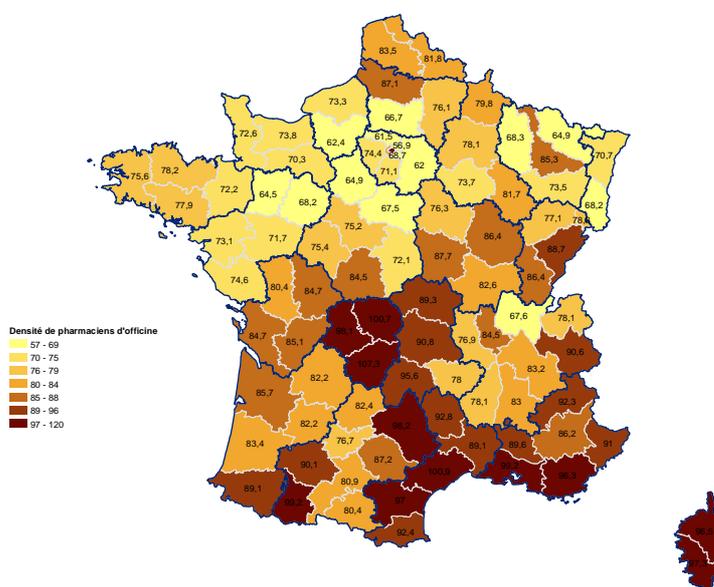
Sur l'ensemble des pharmaciens actifs en 2015, la moyenne d'âge est 48 ans. Les pharmaciens à diplôme européen sont plus jeunes (41 ans de moyenne d'âge) comparés aux pharmaciens à diplôme extra européen (50 ans). Les moyennes d'âge ont peu évolué entre 2012 et 2015 pour les pharmaciens à diplôme français ou européen, ce qui n'est pas le cas des pharmaciens à diplôme extra-européen (52 ans en 2012).

5.5.6 Répartition géographique

Au 1^{er} janvier 2015, la France compte, en moyenne pour 100 000 habitants, 112 pharmaciens dont 2 sont titulaires d'un diplôme étranger. Près d'un pharmacien sur quatre (18 %) est installé dans les départements de l'Île-de-France, 10 % en Rhône-Alpes et 8 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. À l'opposé, les régions Corse, Limousin, Franche-Comté, Champagne-Ardenne et Basse-Normandie enregistrent les plus faibles effectifs.

La carte de densité des pharmaciens d'officine (professionnels de proximité) est présentée à titre d'information ci-dessous mais c'est en général en termes de densité d'officines que la réflexion porte. D'après l'Ordre des pharmaciens (CNOP, 2016 ; d'après source Insee 2013), le nombre d'officines pour 100 000 habitants varie de 24,6 (dans les départements d'Alsace) à 53,8 (en Creuse). Ainsi le nombre d'habitants par officine varie de 1 860 dans ce dernier département à plus de 4 000 dans les territoires alsaciens. Cette répartition est notamment issue de la définition de quotas de population par officine¹⁶. Par ailleurs le nombre minimal de pharmaciens exerçant par officine est défini en fonction du chiffre d'affaires de celle-ci.

Figure 37 : Densité de pharmaciens d'officine au 01/01/2015*



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

*Anciennes régions

Compte tenu des effectifs faibles, la part des pharmaciens à diplôme étranger sur l'ensemble des pharmaciens reste très limitée et ne permet pas une représentation cartographique.

5.6 Approche des flux sortants des professionnels à diplôme étranger (PDE) à travers l'analyse par cohorte d'inscrits

L'ONDPS a proposé dans son rapport 2013-2014 de s'intéresser aux cohortes de médecins ayant obtenu leur diplôme principal¹⁷ à l'étranger et a présenté les chiffres du nombre de nouvellement

¹⁶ Les quotas de population sont de 2500 habitants pour la première licence d'officine de la commune et 4500 habitants pour les suivantes. Par dérogation (article L.5125-13 du Code de la santé publique - CSP), le quota d'habitants pour la première officine est de 3 500 pour l'Alsace, la Moselle et la Guyane ; pour Mayotte, 7500 habitants par secteur sanitaire (article L.5511-6 du CSP). (Source : site internet de l'Ordre national des pharmaciens ; consulté le 22 février 2016).

¹⁷ Selon variable 1 dans RPPS– voir discussion méthodologique 4.2

inscrits par année¹⁸. Ces chiffres ont conduit l'ONDPS à indiquer que « *la cohorte des nouveaux inscrits au cours des dernières années semble se réduire plus rapidement que les précédentes* ». Toutefois cette « cohorte » ne porte que sur les « encore inscrits » en 2012, 2013, 2014 et 2015. Il est donc difficile d'évaluer si les données des 1^{ères} années d'inscriptions étudiées (1990...) sont réellement comparables aux dernières années. Il est possible que des professionnels nouvellement inscrits dans les années 1990 ne l'aient été que pour quelques années et ne sont donc plus visibles dans les bases 2012 à 2015.

À titre d'information, cette analyse a été poursuivie en intégrant les données du RPPS de 2015 (cf. **Annexe 13** : Médecins inscrits au RPPS de 2012 à 2015 suivant l'année d'effet d'exercice). En complément, il a été vérifié par identifiant RPPS, quelles étaient les parts de médecins inscrits en 2012 qui ne le sont plus en 2015. Ainsi :

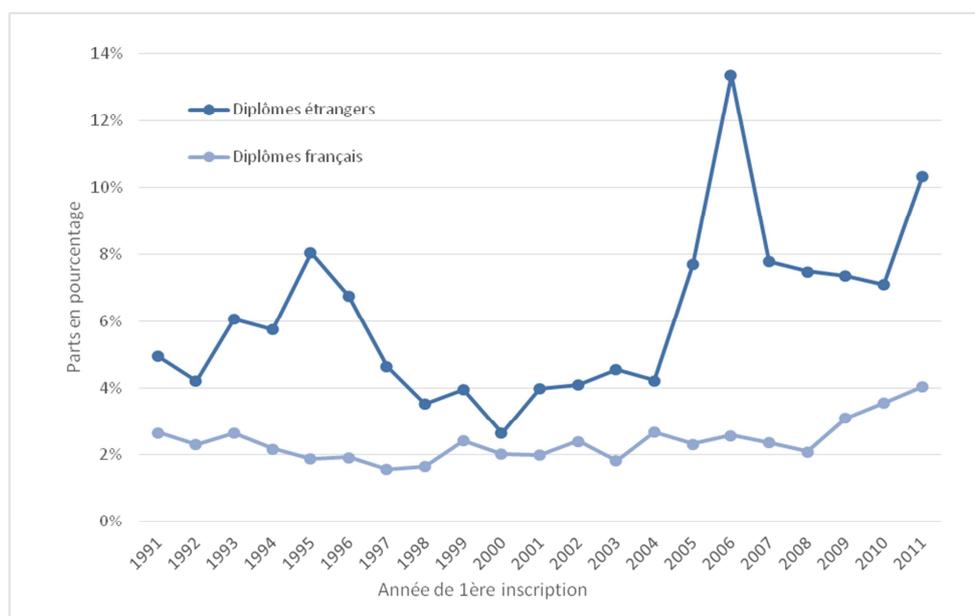
- 1 158 médecins ayant un diplôme étranger (DEEE ou DAU uniquement ici, sur la base de l'ensemble des variables diplômes) inscrits en 2012 ne le sont plus en 2015, soit 6,6 % des inscrits avec diplômes étrangers de 2012 ;
- 16 856 médecins ayant un diplôme français (DE) inscrits en 2012 ne le sont plus en 2015, soit 8,5 % des inscrits avec diplôme français de 2012. Si on ne s'intéresse qu'aux diplômés nouvellement inscrits entre 1991 et 2011 (2 120 praticiens inscrits avec un DE en 2012 mais plus en 2015), la part est de 2,4 %¹⁹.

La **Figure 38** illustre la part des médecins inscrits en 2012 ne l'étant plus en 2015 par année de 1^{ère} inscription entre 1991 et 2011. En général, la part de médecins avec diplômes étrangers sortis du RPPS apparaît plus élevée que celle des médecins avec diplômes français. Dans les deux cas cependant, une légère tendance à l'augmentation de ces parts de sorties est observée les dernières années. Les médecins inscrits plus récemment seraient plus nombreux à sortir plus vite du RPPS, ceci devant toujours être relativisé avec le fait que ne sont pris en compte ici que les médecins encore inscrits.

¹⁸ Les chiffres présentés par l'ONDPS sont majoritairement identiques à ceux obtenus en faisant cette extraction sur la base de l'année d'effet d'exercice dans les bases reçues par la Fnors/les ORS (quelques différences d'en général 1 ou 2 sont parfois observées en particulier en 2014).

¹⁹ Pour les diplômés à l'étranger, la part des plus inscrits en 2015 ne change pas pour les nouvellement inscrits entre 1991-2011, elle est toujours de 6,6 % car très peu de diplômés à l'étranger étant inscrits avant 1991.

Figure 38 : Parts des médecins avec diplôme principal étranger (DEEE ou DAU) ou français (DE) inscrits en 2012 mais plus en 2015, selon année de 1^{ère} inscription

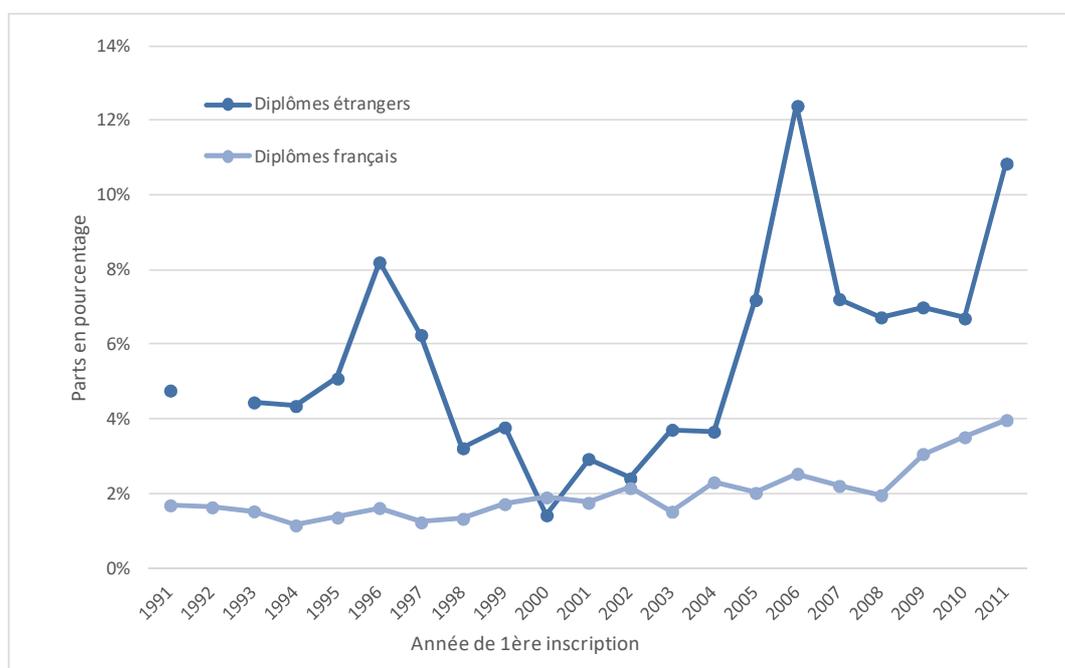


Source : RPPS/Drees 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Les raisons de sortie du RPPS peuvent être diverses. Pour écarter les sorties liées *a priori* à des retraites, la même analyse a été reproduite sur les professionnels ayant en 2012 moins de 55 ans.

Soulignons d'abord que parmi les médecins inscrits en 2012, la majorité (56,9 %) a plus de 55 ans (58,4 % pour les diplômés en France et 40,6 % pour les diplômés à l'étranger).

Figure 39 : Parts des médecins de moins de 55 ans avec diplôme principal étranger (DEEE ou DAU) ou français (DE) inscrits en 2012 mais plus en 2015, selon année de 1^{ère} inscription



Source : RPPS/Drees 2012, 2013, 2014, 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

S'agissant des professionnels sortis du RPPS entre 2012 et 2015, 12,8 % avaient moins de 55 ans en 2012 ; 9,9 % pour les diplômés en France mais 55,3 % pour les diplômés à l'étranger. Cela souligne qu'en proportion les diplômés à l'étranger sont plus nombreux à sortir du RPPS avant 55 ans soit *a*

priori pour d'autres raisons que la retraite. **En effectifs cela représente 637 diplômés à l'étranger inscrits en 2012 et ayant moins de 55 ans qui ne le sont plus en 2015.** La courbe par année de 1^{ère} inscription suit la même tendance.

Ces dernières observations (notamment relatives aux sorties plus jeunes des diplômés à l'étranger) sont confirmées pour les autres professions :

- parmi les odontologistes, 140 avec diplôme étranger (3 756 avec diplôme français) inscrits en 2012 ne le sont plus en 2015 (soit respectivement 9,3 et 9,6 % des inscrits en 2012 avec diplôme étranger/français). En 2012, 51,7 % des chirurgiens-dentistes avaient moins de 55 ans (51,0 % pour les diplômés en France – 69,6 % pour les diplômés à l'étranger). Parmi les sortis du RPPS entre 2012 et 2015, 13,6 % avaient moins de 55 ans en 2012 ; 12,4 % pour les diplômés en France mais 45,7 % pour les diplômés à l'étranger (soit 64 professionnels pour ces derniers).
- parmi les sages- femmes, 47 avec diplôme étranger (1 165 avec diplôme français) inscrites en 2012 ne le sont plus en 2015 (soit respectivement 5,6 et 6,3 % des inscrites en 2012 avec diplôme étranger/français). En 2012, 79,1 % des sages-femmes avaient moins de 55 ans (78,6 % pour les diplômées en France – 92,3 % pour les diplômées à l'étranger). Parmi les sorties du RPPS entre 2012 et 2015, 41,9 % avaient moins de 55 ans en 2012 ; 40,0 % pour les diplômées en France mais 93,6 % pour les diplômées à l'étranger (soit 44 professionnelles pour ces dernières). A noter que pour ces sages-femmes, même si les diplômées à l'étranger sortent en proportion plus du RPPS avant 55 ans que les diplômées en France, les parts de sorties, y compris des diplômées en France sont plus élevées que pour les autres professions. Pour celles-ci d'autres raisons que la retraite engendreraient plus de sorties du RPPS. Il y a-t-il plus en proportion de professionnelles qui sortent du RPPS pour aller travailler par exemple à l'étranger ? Il y a-t-il plus de chômage (pour rappel seules les actives sont renseignées dans le RPPS donc *a priori* excluant les professionnelles sans activité, soit au chômage).
- pour les pharmaciens, l'approche n'a pas pu être menée, des renseignements en 2012 étant manquants (cf. 5.3).

Flux sortants : les professionnels à diplôme français exerçant à l'étranger

Faits marquants

- L'émergence de la question des flux internationaux de professionnels de santé au niveau des organisations internationales et dans un certain nombre de pays développés où la part des professionnels formés à l'étranger est conséquente
- Un fort impact de l'application des directives européennes sur la libre circulation des personnes et sur la reconnaissance des diplômes sur la démographie des professionnels de santé et sur la régulation de celle-ci dans les pays de l'Union européenne et en Suisse
- L'existence en France d'un des meilleurs systèmes d'information pour caractériser les stocks et flux de professionnels de santé à diplôme étranger y exerçant...
- ... mais des données disponibles sur les flux sortants de professionnels de santé actuellement très limitées, tant en France qu'au niveau international
- Des données disponibles parcellaires et limitées aux seuls médecins et infirmières
- Un dispositif prometteur mise en place par l'OCDE en partenariat avec l'OMS et Eurostat devant permettre, à terme, de fournir des informations sur les professionnels formés en France et exerçant à l'étranger (tant en stocks qu'en flux) et ce, pour les médecins et les infirmiers
- Au moins 3 600 médecins formés en France et exerçant dans un pays de l'OCDE en 2011 (année la plus complète)
- Un phénomène de « fuite » des professionnels de santé formés en France limité, en comparaison de ce qui peut être observé dans la plupart des autres pays développés
- Pour les professionnels formés en France, des pays d'expatriation autant francophones ou voisins (Belgique, Italie, Canada) qu'éloignés et non francophones (États-Unis, Israël)
- Des professionnels formés en France peu représentés dans les pays où la part des médecins à diplôme étranger est importante, y compris dans les principaux pays de destination des médecins formés en France (États-Unis, Suisse par exemple)

En amont de cette approche, un travail exploratoire sur les flux sortants de professionnels médicaux a été effectué à partir de différentes données produites en France : taux d'évaporation des diplômés en France et examen des listes spéciales des Ordres.

L'analyse des travaux internationaux sur la mobilité internationale des professionnels en Europe a ensuite permis de repérer les enquêtes et systèmes d'information existants pour mesurer les flux sortants de professionnels formés en France et identifier les facteurs d'attractivité des pays. Cette analyse pose le constat de la difficulté à mesurer les flux sortants par le biais des données produites par les organisations internationales, mais permet d'identifier les pays qui semblent les plus attractifs pour les professionnels français.

Dans la suite du rapport, cinq pays ont fait l'objet d'une approche monographique à travers le recueil d'informations complémentaires auprès d'organismes et d'experts identifiés. Le critère premier qui a conduit à la sélection de ces pays est le nombre élevé de médecins formés en France qui y exercent, déterminé à partir des sources précédemment sélectionnées. Le réseau des correspondants de la Fnors en Europe d'une part, les coordonnées des correspondants de l'OCDE d'autre part, ont permis d'entrer en contact avec des personnes en charge du suivi de la démographie des professionnels de santé dans leur pays ou ayant une connaissance approfondie de ce domaine. Au cours d'un entretien

téléphonique de 1h à 1h30, il a été demandé à ces experts, en complément des documents recueillis :

- Leur perception de la question des mobilités internationales des professionnels de santé dans leur pays : existence de politiques nationales ou locales visant à favoriser ou freiner l'immigration de professionnels de santé dans votre pays ? Existence d'actions conduites par le secteur privé visant à favoriser l'immigration de professionnels de santé ?
- L'existence de données permettant de connaître : le nombre de médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes formés en France (ou dans un autre pays) qui exercent actuellement dans ce pays ; le nombre de professionnels formés en France (ou dans un autre pays) qui entrent chaque année dans ce pays pour exercer leur profession et ceux qui en sortent chaque année.
- La caractérisation de leur système d'information : professions couvertes, territoire couvert, type de données recueillies et circuit de recueil, organisme les gérant, modalités d'accès... et les possibilités d'accès à ces données ou aux productions issues de leur analyse.

La grille d'entretien²⁰ a été adressée préalablement à l'entretien aux personnes enquêtées, leur permettant de préparer leur réponse et d'identifier des documents complémentaires à nous transmettre.

Les monographies par pays sont donc basées sur les éléments bibliographiques recueillis en amont, sur les informations collectées lors des entretiens et sur l'analyse des documents complémentaires qui nous ont été adressés.

6 L'émigration des professionnels formés en France

6.1 Un phénomène difficilement mesurable actuellement

6.1.1 Introduction

Les évolutions de la réglementation d'une part (comme exposé précédemment dans l'approche juridique et réglementaire), les modifications générales de comportement des professionnels avec une propension plus forte à aller exercer son activité professionnelle pour un temps plus ou moins long en dehors du territoire national d'autre part, font que l'émigration des professionnels de santé formés en France est un phénomène qui est potentiellement en croissance.

Cependant, ce flux est difficilement mesurable actuellement : il n'existe pas de système d'information qui permette d'analyser le parcours professionnel des personnes à partir de leur lieu de formation. En particulier, les universités françaises qui forment les professionnels de santé ne sont pas dotées, à l'instar des écoles d'ingénieurs ou de commerce (ou des associations d'anciens élèves de ces écoles), d'instruments permettant de caractériser *a posteriori* les modes et lieu d'exercice professionnels des personnes qu'elles ont formées. Sur un autre plan, les Ordres professionnels auprès desquels une inscription est obligatoire pour exercer les professions de santé ciblées par ces études ne sont pas en mesure de décrire de façon précise les motifs de désinscription qu'ils enregistrent suite à l'arrêt de l'exercice professionnel en France : il est ainsi très difficile de différencier les personnes qui se désinscrivent du fait de leur départ en retraite, de l'arrêt d'une activité clinique pour se tourner vers une activité sur le territoire national ne requérant pas le maintien de l'inscription à l'un des Ordres professionnels ou du fait du départ dans un autre pays²¹

²⁰ Cette grille d'entretien est présentée en [Annexe 18](#) et la liste des personnes auditionnées pour la réalisation des monographies par pays en [Annexe 1916](#).

²¹ Voir à ce sujet l'analyse proposée au regard du taux d'évaporation et des inscriptions sur liste spéciale en [6.1.2.2](#).

Ainsi, les études menées en France prenant en compte la question de la mobilité internationale des professionnels de santé ont porté beaucoup plus sur la question de l'exercice en France de professionnels de santé formés à l'étranger (CNOM, 2014b)²² que sur la question de l'exercice hors du territoire national de professionnels de santé formés en France. Il est ainsi particulièrement notable de relever que, dans la monographie consacrée à la France dans le cadre du projet de l'OCDE sur la migration des professionnels de santé, seule la question de l'exercice en France de professionnels de santé formés à l'étranger est abordée et aucunement celle des professionnels formés en France et allant exercer à l'étranger (Cash et Ulmann, 2008). En effet, la question de la « fuite » de professionnels de santé était alors considérée comme un phénomène marginal et secondaire face à un déficit de professionnels de santé dans certaines parties du territoire ou dans certains champs professionnels. Le décalage grandissant ces dernières années énoncé par l'Ordre des médecins entre le nombre de médecins nouvellement diplômés et le nombre de nouveaux inscrits à l'Ordre amène à poser, en particulier, la question de l'exercice hors de France de ces nouveaux professionnels.

Une estimation de ce phénomène « d'évaporation » a été mise en œuvre dans le cadre de la présente étude pour les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Elle consiste globalement à comparer, depuis que ces recueils existent, le nombre de diplômés une année au nombre de professionnels s'inscrivant aux Ordres quelques années plus tard (durée variable suivant les professions).

La difficulté à apprécier ces flux observée au niveau national se retrouve également au niveau international. Dans l'état actuel des choses, le constat peut être fait qu'il n'existe pas de système d'information à l'échelle internationale permettant de documenter la question des migrations internationales des professionnels de santé. Les bases de données internationales (telles celles d'Eurostat, de l'OCDE ou de l'OMS) abordent certes la question du nombre et de la densité des différentes catégories de professionnels de santé, mais elles ne mettent pas à disposition en routine des informations complémentaires sur la part de professionnels formés dans le pays où ils exercent et la part de professionnels formés dans d'autres pays ni sur les flux entrants et sortants de professionnels.

Cependant, cette question est émergente au niveau des organisations internationales (OCDE, 2010). Si l'OMS met depuis longtemps l'accent sur la question de la pénurie des professionnels de santé dans telle ou telle partie du monde, depuis une dizaine d'années, elle prend en compte la question des migrations de professionnels pour expliquer ces pénuries. Notamment, elle insiste sur le fait que, certains pays, en recrutant de façon importante des professionnels de santé formés en dehors de son territoire, peuvent contribuer à une pénurie de ces professionnels dans leur pays de formation. Par ailleurs, toujours d'après l'OMS, l'essentiel de la question porte sur un déficit global de formation de professionnels de santé à l'échelle mondiale. Un Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé a toutefois été élaboré par l'OMS et adopté par l'Assemblée mondiale de la santé le 21 mai 2010 (OMS, 2010). Elle a pour objectifs :

- de définir et de promouvoir des principes et des pratiques non contraignants pour le recrutement international éthique des personnels de santé en tenant compte des droits, des obligations et des attentes des pays d'origine, des pays de destination et des personnels de santé migrants,
- de servir de référence aux États membres pour instaurer le cadre juridique et institutionnel requis pour le recrutement international des personnels de santé ou pour l'améliorer,
- de donner, au besoin, des indications utiles pour élaborer et appliquer des accords bilatéraux et d'autres instruments juridiques internationaux,

²² Les références bibliographiques de cette partie sont détaillées en [Annexe 5](#).

- de faciliter et d'encourager un débat international et de développer la coopération sur les questions liées au recrutement international éthique des personnels de santé dans le cadre du renforcement des systèmes de santé, en se concentrant plus particulièrement sur la situation des pays en développement.

Au-delà de ces éléments, l'absence de données et de système d'information à l'échelle internationale repose également sur la grande variabilité des systèmes d'informations entre les pays. Selon les cas, un seul système centralisé existe, géré par un organisme gouvernemental ou professionnel, ou bien plusieurs systèmes cohabitent donnant chacun une image parcellaire de la situation. Les données collectées peuvent recouvrir une réalité différente : champ couvert, critères utilisés pour définir telle ou telle catégorie de professionnel, prise en compte ou non du professionnel selon des critères d'activité variables, prise en compte de la nationalité ou du pays de formation, etc. La question de l'accès à des données caractérisant les professionnels de santé à un instant t (données de stock) ou les entrées et les sorties sur une période (données de flux) peuvent être abordées de façon variable d'un système à un autre. Enfin, l'objectif assigné au système d'information selon qu'il est mis en place uniquement pour une gestion administrative d'autorisations d'exercice ou comme outil permettant de proposer des perspectives d'évolution de la démographie professionnelle dans une optique d'aide à la décision est une différence cruciale entre ces différents systèmes.

Il s'avère donc que les migrations de professionnels de santé entre pays sont encore, dans l'état actuel des choses, un phénomène qui ne peut pas être caractérisé en routine dans la plupart des cas et nécessite des recueils d'information spécifique ou le développement de systèmes d'informations *ad hoc*.

6.1.2 Différentes approches des flux sortants de professionnels de santé

6.1.2.1 Taux d'évaporation des diplômés en France

Malgré l'obtention de leur diplôme, un certain nombre de professionnels ne feront jamais la démarche d'inscription à leur Ordre. En effet certains exercent une activité ne le nécessitant pas (exemple en entreprises, associations, administrations), d'autres choisissent d'exercer une autre activité professionnelle, d'autres encore partent pratiquer pour un temps variable à l'étranger. On parle ainsi d'évaporation et de taux d'évaporation de diplômés en France.

La Drees dans ses projections définit par exemple pour les sages-femmes (Cavillon, 2012) ce taux d'évaporation (qu'elle nomme déficit) comme étant l'écart entre le nombre de diplômés et le *numerus clausus* quatre ans auparavant. L'Ordre national des pharmaciens calcule lui dans ses panoramas²³ un taux d'évaporation en tenant compte du rapport entre le nombre de nouveaux inscrits depuis moins de 3 années et le *numerus clausus* à l'année d'entrée en formation soit 6 ans plus tôt (CNOP, 2015).

Dans ce travail, une démarche exploratoire de calcul des taux d'évaporation a été déclinée sur la base des nouveaux inscrits en 2014 et du nombre de diplômés. S'agissant des sages-femmes, des données relatives aux nombre de diplômés par année sont maintenant disponibles sur le site de la Drees de 2011 à 2013 (cf. Annexe 14). Et, depuis l'année 2011-2012, l'ONDPS recueille le nombre de médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens diplômés annuellement (cf. Annexe 15). Ces données semblent complètes pour toutes les professions pour l'année 2013-2014 alors que jusqu'alors elles ne l'étaient pas pour les chirurgiens-dentistes et pharmaciens et aucune autre source ne semblait disponible²⁴.

²³ Ex : Ordre national des Pharmaciens. Les pharmaciens. Panorama au 1^{er} janvier 2015. 2015, 48 p.

²⁴ Par exemple, d'après l'ONDPS, la base SISE ne permettrait pas d'extraire ces chiffres. SISE est le Système d'information sur le suivi de l'étudiant, mis en place en 1995. Les données recueillies par SISE sont extraites des logiciels de gestion des

D'autres méthodes et leurs résultats sont présentés en annexe (cf. Annexe).

Ainsi, il a été estimé des taux d'évaporation s'exprimant en pourcentage du nombre de diplômés. Ils s'élèvent à environ :

- 10 % pour les chirurgiens-dentistes,
- 30 % pour les sages-femmes
- 24 % pour les pharmaciens de cycle court (officine, industrie, distribution).

Pour les médecins, selon les calculs effectués, il n'y aurait pas d'évaporation.

En raison des limites méthodologiques de ces approches, y compris lorsque les calculs se basent sur le nombre de diplômés²⁵, ces résultats doivent être considérés comme des ordres de grandeur. Ils montrent néanmoins que le phénomène est réel et qu'il serait sensiblement plus important (en proportion) pour les pharmaciens et plus encore pour les sages-femmes que pour les médecins.

Soulignons aussi que ces taux d'évaporation ne permettent pas d'estimer le nombre de diplômés français qui à l'issue de leur formation optent pour un exercice professionnel à l'étranger. En effet, outre les départs à l'étranger, certains professionnels ne font pas la démarche d'inscription à leur ordre parce qu'ils exercent une activité ne le nécessitant pas, voire une autre profession que celle à laquelle leur formation les destinait.

6.1.2.2 Autres données : listes spéciales des Ordres

Les Ordres des quatre professions étudiées disposent d'une « liste spéciale » qui recense notamment les professionnels partis exercer à l'étranger. Toutefois l'inscription sur cette liste ne semble pas obligatoire.

Si peu d'éléments sont publiés sur ces listes spéciales, quelques éléments peuvent être relevés.

Le CNOM en fait notamment mention dans ses atlas. En 2009, 870 professionnels y étaient inscrits dont 128 exerçant aux USA, 98 au Canada, 90 en Suisse, 39 au Liban, 30 au Royaume-Uni, 29 au Maroc. D'après l'atlas 2015, 549 professionnels sont recensés sur liste spéciale dont 224 en médecine générale²⁶. Parmi les médecins spécialistes, l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie et la psychiatrie sont les savoir-faire pour lesquels le plus de professionnels sont inscrits sur cette liste (30 à 35)²⁷.

D'après l'Ordre des chirurgiens-dentistes, 42 professionnels sont inscrits sur listes spéciales entre 2010 et 2015 et exercent en Grande-Bretagne (5), en Belgique, au Canada, Suisse et Chine (4 chacun), en Allemagne, Israël et USA (3 chacun), Espagne (2), Ile Maurice, Cambodge, Italie, Luxembourg, Mexique, Portugal, République du Bénin, Russie, Suède et Vietnam (1 chacun) (cf. **Annexe 16**).

Selon le Conseil de l'Ordre des sages-femmes, 83 professionnels sont inscrits à ce jour [décembre 2015] sur liste spéciale dont 26 exercent à l'étranger, 56 sont « parties sans laisser d'adresse » et 1 est retraitée.

Enfin, le Conseil de l'Ordre des pharmaciens a indiqué qu'en 2015, il avait reçu 103 demandes d'attestations de la part de pharmaciens désireux d'obtenir une autorisation d'exercer dans un

établissement concernés. Il est possible que ce système ne recense principalement que les inscriptions mais non les diplômes.

²⁵ Il reste difficile de savoir à quelle année doivent être rapportés les nouveaux inscrits et les diplômes d'État délivrés au titre d'une année universitaire donnée (recueil ONDPS) car tous les diplômés ne s'inscrivent pas forcément à l'Ordre la même année que l'obtention de leur diplôme.

²⁶ D'après effectifs indiqués dans la ligne « liste spéciale » par spécialité (CNOM, 2015)

²⁷ Après contact avec l'Ordre, c'est un chiffre de 821 médecins inscrits sur cette liste et exerçant à l'étranger qui a été fourni pour 2015.

pays hors de la France. Ces chiffres ne renseignent toutefois pas sur le nombre de projets ayant abouti. Sans fournir de chiffres, le CNOP constate une tendance à la hausse depuis 2010-2011.

En rapprochant ces données de celles qui sont présentées ci-dessous sur les professionnels de santé formés en France et exerçant à l'étranger, notamment celles recueillies par l'OCDE pour les médecins, force est de constater une importante sous-estimation du nombre de professionnels formés en France et exerçant à l'étranger par le biais de ces sources d'information. À titre d'exemple, le nombre de médecins formés en France et exerçant en Belgique est nettement supérieur à la totalité des médecins inscrits sur la liste spéciale de l'Ordre des médecins.

6.1.3 Les données disponibles sur les migrations internationales des professionnels de santé

Les recherches menées dans le cadre de ce projet ont permis d'identifier trois grandes sources de données pour documenter les migrations de professionnels de santé. Deux de ces trois sources portent exclusivement sur les médecins.

6.1.3.1 Présentation des bases de données

Base de données – publication Irdes (Moullan, Bourqueil, 2014)

Cadre d'élaboration :	cette base a été construite grâce à un financement de la Banque mondiale et à la participation de l'Université catholique de Louvain dans le cadre de la thèse de doctorat en économie de M. Yasser Moullan (Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne – 2012)
Méthode :	collecte de données de stock sur le pays de formation des médecins auprès des associations médicales de 18 pays considérés comme étant des pays d'émigration de médecins
Période couverte :	1991-2004 (base non pérenne)
Professions couvertes :	Médecins
Pays couverts :	Afrique du Sud, Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Portugal, Suède, Suisse, Royaume-Uni
Limites :	dans la moitié des pays, l'information disponible ne porte pas sur le pays de formation des médecins, mais sur la nationalité de ceux-ci. Base non pérenne limitée aux données de stock pour l'année 2004.

PROMeTHEUS (Wismar et al., 2011)

Cadre d'élaboration : PROMeTHEUS (Health PROfessional Mobility in THE European Union Study) est un projet européen lancé en janvier 2009 pour trois ans. Il avait comme objectif de répondre à six questions :

1. quelle est l'ampleur de la mobilité des professionnels de santé en Europe ?
2. quels sont les facteurs au niveau des pays, des systèmes de santé et des individus qui favorisent la mobilité des professionnels de santé ?
3. quel impact a la mobilité des professionnels de santé sur les systèmes de santé, les professionnels et les usagers ?
4. quelles sont les réponses politiques qui sont les plus efficaces dans ce domaine et de quelle manière ?
5. quels sont les défis à venir dans le domaine de la mobilité des professionnels de santé ?

6. quelles réponses apportent les décideurs pour mettre en place des politiques de gestions des ressources humaines qui permettent de gérer, stopper, favoriser ou faciliter la mobilité des professionnels de santé ?

Méthode :	Étude de cas par pays avec recueil des données produites sur la mobilité des professionnels de santé (entrants et sortants) depuis 2000, complétée par des recueils qualitatifs d'information
Période couverte :	2000-2008 (base non pérenne)
Professions couvertes :	Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmières
Pays couverts :	17 pays : États membres de l'Union européenne (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Estonie, Finlande, France, Hongrie, Italie, Lituanie, Pologne, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie) et une sélection de pays voisins (Serbie et Turquie)
Limites :	Le rapport met en avant la difficulté à fixer une définition des professionnels de santé « étrangers » car selon les cas, les informations portent soit sur la nationalité, soit sur le pays de formation, soit sur les deux. Le rapport base ses analyses sur les évolutions des données de stock jusqu'à 2008, mais cette dernière année n'est pas forcément disponible pour tous les pays. Les données de flux ne sont disponibles que pour certains pays. Les données ne sont pas toujours disponibles pour chacune des professions ciblées, en particulier pour les sages-femmes. Pour ces dernières, elles ne sont pas prises en compte dans l'analyse globale du fait du nombre limité de pays dans lesquels les données sont disponibles ; les données les concernant n'apparaissent que dans les études de cas par pays. Base non pérenne.

OCDE (OCDE, 2015)

Cadre d'élaboration : Collecte de données développée initialement dans le cadre plus général des travaux de l'OCDE sur les migrations professionnelles. Développement d'un pilote d'étude avec la division sur les migrations de l'OCDE en vue de compléter le rapport sur les « perspectives de migrations internationales » publié chaque année par l'OCDE. Mise en place d'un partenariat avec Eurostat d'une part et avec l'OMS d'autre part, s'inscrivant dans l'objectif de suivi des migrations des professionnels inclus dans le Code de pratique mondial sur le recrutement des professionnels de santé. Système de collecte ayant vocation à devenir pérenne en lien avec Eurostat et l'OMS.

Les données collectées dans ce cadre ont servi de base (avec celles issues du suivi des migrations en général) pour la rédaction d'un chapitre spécifique intitulé « Nouvelles tendances des migrations internationales de médecins et d'infirmiers vers les pays de l'OCDE » dans le rapport « Perspectives des migrations internationales 2015 » de l'OCDE. Comme indiqué en introduction de ce chapitre, il « analyse l'évolution de la mobilité internationale des professionnels de santé vers les pays de l'OCDE depuis 2000 au regard des changements observés dans les politiques migratoires et de santé, mais également des changements économiques et institutionnels. » (OCDE, 2015).

Méthode :	Sollicitation des organismes nationaux en charge du suivi de la démographie des médecins et collecte des données sur les stocks et flux de professionnels par pays de formation.
Période couverte :	2000-2013 et suivantes
Professions couvertes :	Médecins
Pays couverts :	Pays membres de l'OCDE (34 pays membres : 21 d'UE, 4 d'autres pays européens, 4 d'Amérique, 3 d'Asie et 2 d'Océanie)
Limites :	Dispositif en phase de consolidation. Réponses obtenues sur les stocks de médecins formés en France travaillant dans un autre pays de l'OCDE pour 17 pays sur 31. Fluctuations importantes des effectifs d'une année sur l'autre dans certains pays nécessitant une harmonisation des définitions et des champs couverts : à titre d'exemple, entre la collecte 2014 et la collecte 2015 effectuée en Belgique, les chiffres des années antérieures à 2013 ont été corrigés, passant du simple au sextuple (voir précisions en 7.1.4). Dernière année disponible pouvant être ancienne pour certains pays. Données de flux disponibles pour 8 pays avec des effectifs n'étant pas toujours compatibles avec les données de stock communiquées.

6.1.3.2 Présentation des résultats

Le tableau suivant présente les données disponibles selon les trois sources identifiées au cours de cette étude comme pouvant fournir des informations sur le nombre de médecins formés en France et exerçant dans un pays étranger.

Tableau 20 : Effectifs de médecins formés en France et exerçant dans un autre pays selon trois sources différentes

Pays	OCDE			IRDES	PROMETHEUS
	2011	2012	2013	2004	2004 - 2008
Allemagne	298	308	303	252	407
Autriche	3	3	2		
Belgique	860	1 003	1 078	1 377	930
Canada	510	500	485	443	
Chili		1			
Espagne	178				
États-Unis	755	748	742	1 285	
Finlande	21	22			
Hongrie	2	2	2		
Irlande	26	21	21		
Israël	498	475	457		
Italie				221	649
Norvège	76	76	77		
Nouvelle-Zélande	13	8	11		
Pays-Bas	14				
Portugal					166
République tchèque	1*				
Royaume-Uni	122	121	121	447	529
Slovénie	0	0	1		
Suisse	347	416		122	

* année 2008

Sources : OCDE, 2015 ; Irdes (Moullan, Bourgueil, 2014) ; PROMeTHEUS (Wismar et al., 2011 ; exploitation Fnors

Il est utile en complément de citer le travail collaboratif mené dans le cadre du programme de santé publique de la commission européenne et publié en mai 2012 sur les projections de besoins en professionnels de santé. Cette étude exploratoire met notamment en relief, à partir des données de l'OCDE de 2007 sur les migrations basées sur la nationalité des personnes, que la France fait partie, avec l'Espagne et l'Italie, des pays ayant le plus faible taux de médecins ayant migré à l'étranger : 1,9 % pour la France, 1,1 % pour l'Espagne et 2,2 % pour l'Italie. À l'autre extrême les pays ayant les taux les plus élevés sont le Luxembourg (31,3 %), l'Islande (29,2 %) et Malte (26,8 %) (European Commission, Matrix Insight, 2012).

Les données sur les médecins formés en France et exerçant dans d'autres pays appellent plusieurs constats :

- le nombre de pays couvert par les différentes sources est très variable (entre 5 et 17) et pas forcément superposable dans la mesure où les années couvertes varient de source en source.
- des variations importantes peuvent exister entre les sources : c'est le cas, par exemple, du Royaume-Uni où les effectifs issus de la base exploitée par l'Irdes ou du projet PROMeTHEUS sont environ quatre fois supérieurs à ceux relevés par l'OCDE. De même, aux États-Unis, les données publiées par l'Irdes sont 1,7 fois plus élevées que celles relevées par l'OCDE. En Italie, le rapport entre les données Irdes et celles de PROMeTHEUS est de 1 à 3.
- les données d'une année sur l'autre apparaissent cohérentes entre elles. Cependant, il faut garder en mémoire que des corrections peuvent être apportées sur une série complète : pour l'Allemagne par exemple, les dernières données communiquées à l'OCDE font état d'un effectif de 308 médecins formés en France et exerçant dans ce pays en 2012, alors que précédemment, l'effectif communiqué pour cette même année s'élevait de 433 médecins formés en France et exerçant en Allemagne. Pour la Belgique, les chiffres pour 2012 sont passés, après correction, de 160 à 1 003.

Une analyse globale de ces données permet d'essayer d'identifier les pays qui concentrent le plus de médecins formés en France parmi ceux pour lesquels des données sont disponibles :

- le pays qui accueillerait la part la plus importante de médecins formés en France serait la **Belgique**. Ainsi, selon les données disponibles, autour de 30 % de l'ensemble des médecins formés en France et exerçants à l'étranger exercent dans ce pays.
- le second pays serait les **États-Unis** avec un quart des médecins identifiés. Cependant, il faut souligner que, selon les éléments collectés auprès de l'OCDE, les médecins formés hors des États-Unis représentent environ un quart de l'effectif total des médecins y exerçant, que les médecins formés en France représentent 1 ‰ des médecins exerçant aux États-Unis et que la France est en 60e position comme pays de formation des médecins à diplôme étranger.
- trois autres pays viennent ensuite avec des effectifs assez similaires, représentant chacun autour de 14 % des médecins formés en France et exerçant à l'étranger identifiés dans les bases analysées. Il s'agit du **Canada, d'Israël et de l'Italie**.
- l'Allemagne, la Suisse et le Royaume-Uni viennent ensuite avec une part de 8 à 9 % chacun, mais il faut souligner les décalages importants d'effectifs selon les sources pour ces pays faisant penser que ces chiffres sont potentiellement sous-estimés par certaines de ces sources.

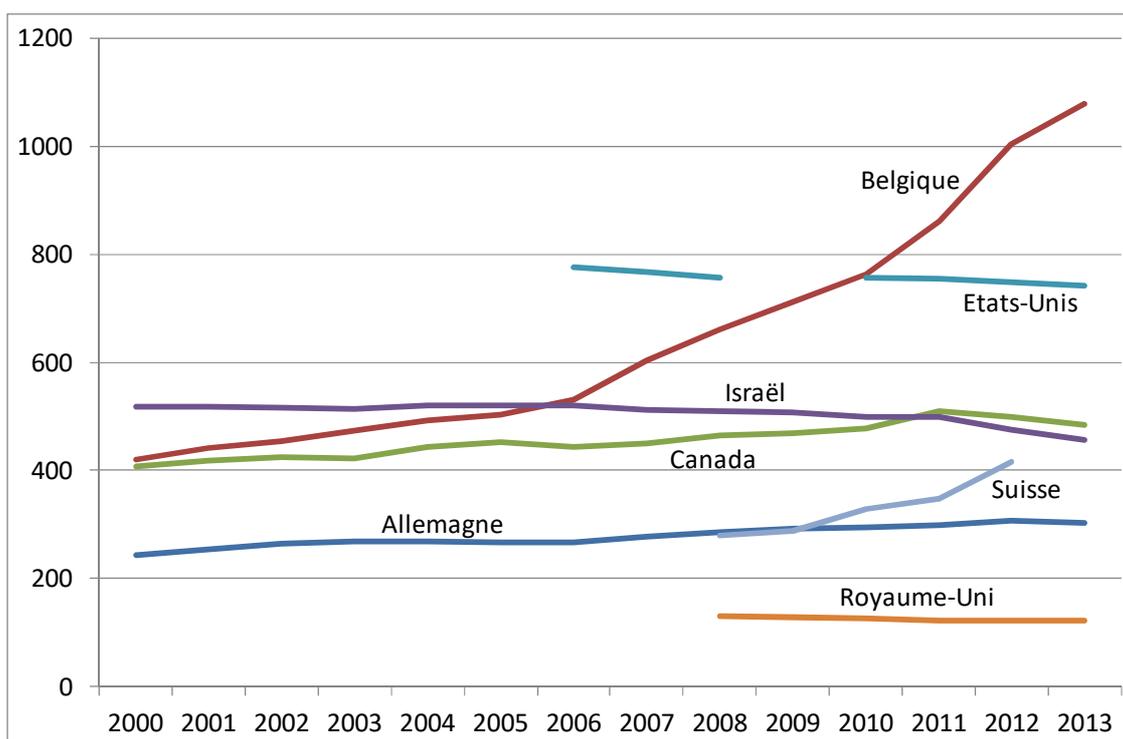
Ainsi, il apparaît que les lieux d'exercice des médecins formés en France et exerçants à l'étranger associent aussi bien des pays francophones que des pays qui ne le sont pas et aussi bien des pays voisins ou limitrophes que des pays plus éloignés.

Quelques éléments complémentaires peuvent être apportés à partir des données collectées par l'OCDE : pour cinq pays, des séries sur quatorze ans (2000-2013) sont disponibles et pour six autres pays des séries sur cinq ans ou plus le sont également. Pour les cinq pays pour lesquels les séries les

plus longues sont disponibles (Allemagne, Belgique, Canada, Israël, Nouvelle-Zélande), le nombre total de médecins formés en France y exerçant est passé de 1 590 en 2000 à 2 334 en 2013 soit un accroissement global de 47 %. C'est en Belgique (cf. **Figure 40**) que l'augmentation aurait été la plus forte (+ 156 %). En Allemagne, l'augmentation aurait été plus modérée (+ 19 %) et en Israël, c'est une diminution qui est notée (-12 %).

Quand les données sont disponibles pour des séries moins longues, des évolutions peuvent être également analysées. En se concentrant sur les trois pays ayant communiqué des données sur au moins cinq ans et pour lesquels les effectifs de médecins formés en France sont significatifs (États-Unis, Royaume-Uni et Suisse), on relève des effectifs en légère baisse dans le temps aux États-Unis (-4,4 % entre 2006 et 2013) et au Royaume-Uni (- 6,9 % entre 2008 et 2013) et en hausse en Suisse (+ 49,1 % entre 2008 et 2012).

Figure 40 : Évolution des effectifs de médecins formés en France dans 7 pays



Source : OCDE, 2015

Concernant les autres professions ciblées par l'étude (chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens), la seule source d'information sur les effectifs de professionnels formés en France et exerçants à l'étranger est PROMeTHEUS et le nombre de pays pour lesquels ces données sont détaillées apparaît encore plus limité que pour les médecins.

6.1.3.3 Mise en perspective avec les données sur les Français établis hors de France

Les Français qui vivent hors du territoire national sont invités, sans obligation toutefois, à s'inscrire auprès de leur consulat au registre des Français établis hors de France. Cette inscription est vivement conseillée par les autorités pour des raisons de sécurité (accidents, événements pouvant menacer la sécurité...). Elle permet aussi de faciliter les démarches administratives (délivrance d'un passeport, d'une carte nationale d'identité, inscription sur la liste électorale du consulat...).

Au 31 décembre 2014, **1 680 594 personnes étaient inscrites au registre**, expatriés qui ont dans quatre cas sur dix une double nationalité. **Dans la mesure où l'inscription n'est pas obligatoire**, certains Français ne se font pas connaître des services consulaires, notamment en Europe et en Amérique du Nord. Selon le ministère des Affaires étrangères et du Développement, en réalité, plus

de 2 millions de Français seraient établis hors de France, de manière plus ou moins permanente (DFAE, 2013a).

Si le registre n'apporte pas d'information sur la profession des personnes expatriées, et en dépit de ses limites, il permet d'avoir une vision d'ensemble des lieux de destination des Français qui vivent à l'étranger. Au 31 décembre 2014, les deux tiers des Français inscrits sur les registres consulaires vivaient :

- soit dans un pays d'Europe (UE ou hors UE) (50 %), et plus particulièrement dans des pays limitrophes de la France ; Suisse (10 %), Royaume-Uni (8 %), Belgique (7 %), Allemagne (7 %), Espagne (5 %) et Italie (3 %),
- soit en Amérique du Nord (13 %), États-Unis d'Amérique (8 %) ou Canada (5 %).

Les autres ressortissants se répartissent de façon à peu près équivalente entre Proche et Moyen-Orient, Asie-Océanie, Afrique francophone, Afrique du Nord, Amérique Centrale et du Sud (6 à 8 % des expatriés pour chacune de ces régions). L'Afrique non francophone représente quant à elle à peine 1 % des Français inscrits sur les registres consulaires.

Tableau 21 : Population française inscrite au registre des Français établis hors de France en 2005 et 2014

	2001	2014	Répartition 2014	Evolution 2001-2014
Union européenne	392 455	630 193	37,5%	61%
Royaume-Uni	78 919	126 804	7,5%	61%
Belgique	69 434	117 782	7,0%	70%
Allemagne	87 677	112 879	6,7%	29%
Espagne	48 661	90 610	5,4%	86%
Italie	30 717	46 113	2,7%	50%
Luxembourg	15 940	33 378	2,0%	109%
Pays-Bas	16 423	23 753	1,4%	45%
Autres Union européenne	44 684	78 874	4,7%	77%
Amérique du Nord	127 119	222 674	13,2%	75%
États-Unis d'Amérique	81 661	135 837	8,1%	66%
Canada	45 458	86 837	5,2%	91%
Europe hors UE	131 724	203 385	12,1%	54%
Suisse	109 106	167 207	9,9%	53%
Autres Europe hors UE	22 618	36 178	2,2%	60%
Proche et Moyen-Orient	74 063	141 065	8,4%	90%
Israël	41 767	76 091	4,5%	82%
Autres Proche et Moyen-Orient	32 296	64 974	3,9%	101%
Asie-Océanie	52 940	131 302	7,8%	148%
Afrique francophone	97 568	122 574	7,3%	26%
Afrique du nord	47 233	107 103	6,4%	127%
Amérique Centrale-Sud	64 041	103 077	6,1%	61%
Afrique non francophone	11 640	19 221	1,1%	65%
Total général	998 783	1 680 594	100,0%	68%

Source : Ministère des Affaires étrangères, Direction des Français de l'étranger et de l'administration consulaire (DFAE), 2013

La comparaison de ces données avec celles produites par l'OCDE relatives aux pays de destination de médecins formés en France appelle plusieurs commentaires. Globalement, seuls 57 % des Français inscrits sur les registres consulaires vivent dans l'un des pays pour lesquels l'OCDE dispose de données. Il est par conséquent fort probable que les statistiques de l'OCDE sous-estiment de façon sensible le nombre de médecins formés en France et installés à l'étranger. Néanmoins, les principaux pays d'expatriation des Français sont couverts par les statistiques de l'OCDE, à certaines exceptions près :

- l'Italie et le Luxembourg, qui à eux deux représentent 4,7 % des Français inscrits sur les registres consulaires,
- le Maroc, l'Algérie et la Tunisie, qui représentent 6,4 % des Français inscrits sur les registres consulaires.

Par ailleurs, le nombre de Français inscrits a augmenté entre 2001 et 2014 de 68 %, et ce de façon relativement régulière, même si l'on observe des ruptures ponctuelles de tendance qui peuvent être liées à des facteurs non démographiques, par exemple des élections présidentielles en France qui peuvent inciter des Français expatriés à s'inscrire sur le registre. Cette évolution est très variable selon la région considérée, elle a été particulièrement rapide en Asie-Océanie (+148 %), en Afrique du Nord (+127 %) et au Proche et Moyen-Orient (+90 %) alors qu'à l'opposé, la progression a été nettement plus modérée pour l'Afrique francophone (+26 %). Aucune région du monde n'a vu sa population de Français expatriés inscrits diminuer sur la période 2001-2014.

6.2 Les motivations à l'expatriation

Une enquête sur l'expatriation des Français de la Direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire (DFAE) du ministère des Affaires étrangères apporte des informations supplémentaires sur cette population expatriée (DFAE, 2013b). La quatrième édition de cette étude, publiée en 2013 (enquête en ligne réalisée entre la mi-septembre et la fin décembre 2012), a permis de recueillir les réponses de quelque 9 000 expatriés. Comparativement aux personnes inscrites au registre, la population répondante est plus jeune, plus masculine et possède moins fréquemment la double nationalité.

Selon les auteurs de l'étude, la forte proportion de titulaires de diplômes supérieurs constitue une caractéristique marquante de la population enquêtée. Il s'agit par ailleurs d'une population active, à niveau de revenu élevé. Un répondant sur vingt (5 %) indique travailler dans le secteur de la santé, sans plus de précision sur la profession exercée.

Deux questions permettent de caractériser le type de séjour (Comment caractériseriez-vous votre séjour ? – une seule réponse possible) et les motivations à l'expatriation (Quelles ont été les raisons de votre expatriation ? – plusieurs raisons possibles).

Concernant le type de séjour, plus d'un expatrié sur deux (51 %) indique qu'il s'agit d'un séjour professionnel et près d'un tiers (30 %) met en avant des raisons familiales ou personnelles (se rapprocher d'un membre de sa famille, d'un conjoint, retrouver ses racines...). Les autres indiquent comme caractéristique essentielle de leur séjour la retraite, la coopération (ONG, associations humanitaires), un séjour d'étude ou une « autre » caractéristique. Les types de séjours varient selon la région, mais les séjours professionnels prédominent partout, sauf en Afrique du Nord et en Amérique Centrale et du Sud. Dans ces zones, et tout particulièrement en Afrique du Nord, les « raisons familiales ou personnelles » sont particulièrement représentées (49 % des séjours). Ce point vient nuancer la limite précédemment évoquée quant à l'absence dans les statistiques de l'OCDE de données sur **le Maroc, l'Algérie et la Tunisie**, même si, dans l'absolu, il est possible que certaines personnes aient indiqué s'être rendues dans un pays étranger pour des raisons familiales ou personnelles, mais y exercent en même temps une activité professionnelle.

Tableau 22 : Caractéristique essentielle du séjour selon la région géographique de résidence

	Séjour professionnel	Raisons familiales ou personnelles	Autre	Retraite	Séjour étudiant	ONG / Humanitaire
Afrique du Nord	28,7%	48,7%	5,4%	15,4%	0,9%	0,9%
Afrique francophone	52,5%	25,7%	5,4%	10,0%	0,7%	5,6%
Afrique non francophone	61,8%	24,1%	4,5%	3,9%	0,8%	4,9%
Amérique Centrale-Sud	37,4%	37,7%	10,7%	4,9%	4,2%	5,1%
Amérique du Nord	48,6%	27,0%	13,0%	1,1%	9,8%	50,0%
Asie-Océanie	55,3%	18,2%	6,5%	12,6%	4,1%	3,4%
Europe de l'Est	58,5%	24,9%	4,2%	5,1%	5,3%	2,0%
Europe Occidentale	54,2%	32,7%	6,7%	2,0%	4,3%	10,0%
Proche et Moyen-Orient	48,7%	39,8%	3,6%	3,6%	2,5%	1,8%
TOTAL	51,3%	29,5%	7,0%	6,0%	3,9%	2,3%

Source : DFAE, 2013

Concernant le motif de séjour, les répondants mettent en premier lieu en avant des motifs professionnels, principalement des expériences professionnelles nouvelles (42 %) et plus rarement l'envoi par une entreprise ou une administration (18 %) ou l'augmentation des revenus (18 %). Si ces motifs professionnels sont globalement prépondérants, la découverte d'un pays nouveau et l'enrichissement culturel ont joué un rôle décisif dans la décision de quitter la France chez une personne sur trois (36 %). Une personne sur quatre environ met en avant le fait de suivre un conjoint ou un parent (27 %). L'envie d'apprendre ou de perfectionner une langue étrangère est citée par 11 % des expatriés, et le souhait de poursuivre des études par 7 % d'entre eux.

Peu de travaux sont disponibles concernant l'expatriation des professionnels de santé formés en France. Une étude menée en Angleterre sur les motivations de généralistes français à s'installer à Londres apporte certains éléments sur la question (Ballard et al., 2004). Cette enquête qualitative réalisée entre 2001 et 2003 est basée sur des entretiens menés auprès de 31 médecins généralistes. Ils ont été interrogés à la fin de leur participation au « Inductive programme » au sein du King's College de Londres, programme qui vise à :

- identifier les préoccupations cliniques et soutenir les besoins de perfectionnement des médecins,
- vérifier que le niveau de maîtrise de l'anglais permet au médecin de consulter efficacement en Angleterre,
- améliorer la connaissance du fonctionnement du National Health Service (NHS),
- faciliter la transition vers la pratique de la médecine générale en Angleterre et les aspects sociaux de la vie en Angleterre.

Trois types de facteurs menant à l'émigration ont pu être identifiés : les facteurs d'incitation, les facteurs d'activation et les facteurs de facilitation.

Le premier groupe de facteur a été le plus mis en avant par les répondants. Ils ont indiqué que leur expatriation était motivée sur le plan personnel par le souhait général de changement de vie et de nouvelles expériences culturelles et, sur le plan professionnel, par un mécontentement quant aux conditions d'exercice de la médecine générale en France (horaires de travail, difficulté à exercer à temps partiel, modalités de rémunération à l'acte, exigences de la patientèle...). C'est ainsi le souhait de quitter la France qui était à l'origine de leur départ plus que le souhait spécifique de s'installer en Angleterre. Les facteurs d'activation sont quant à eux directement liés à l'organisation du NHS anglais (possibilité de travailler à temps partiel, salariat, relation thérapeutique plutôt que consumériste avec les patients, travail en équipe...), mais aussi à d'autres facteurs plus personnels (possibilités

d'améliorer son anglais ou celui des membres de sa famille, attraction pour la ville de Londres). L'existence enfin du « programme d'introduction » constitue le principal facteur facilitant.

6.3 Éléments de discussion

Cette revue des sources de données internationales permettant de connaître le nombre de professionnels de santé formés en France et exerçant dans un autre pays montre que les systèmes d'information en place sont actuellement insuffisants pour atteindre pleinement cet objectif. Sur les trois sources identifiées, deux correspondent à des recueils d'information ponctuels dans le cadre de projets de recherche qui ont maintenant atteint leur terme. Une autre, celle de l'OCDE, est à un stade de consolidation. Elle commence à être en possibilité de mettre des informations à disposition, mais cet outil nécessite encore une phase de consolidation avant d'être en mesure de fournir des données fiables de façon régulière.

Force est également de constater que seules des données concernant les médecins sont disponibles et que les autres professions ciblées par notre étude (chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens) ne sont pas couvertes par ces outils.

Enfin, les données disponibles ne concernent qu'un nombre limité de pays. Le rapprochement entre les indicateurs produits par l'OCDE et ceux issus du Registre des Français établis hors de France montre que si les principaux pays d'expatriation des Français sont couverts par l'OCDE, ces pays ne représentent que 57 % des personnes inscrites au Registre. L'absence de données relatives à l'Italie et au Luxembourg pose particulièrement question.

Au-delà de ces questions de disponibilité des données, de nombreuses limites apparaissent quant à ces études internationales réduisant les possibilités réelles de comparaison et d'analyse dans le temps et dans l'espace. Il apparaît clairement à partir des différents commentaires apportés par les auteurs sur les données présentées que le champ réellement couvert peut être variable selon la source à une autre :

- parfois, l'abord se fait par la nationalité du professionnel, d'autres fois par la nationalité de son diplôme ;
- les données peuvent porter dans certains cas sur l'ensemble des professionnels inscrits sur un registre quel que soit leur statut d'activité, d'autre fois, sur les seuls professionnels actifs ;
- de la même manière, les données peuvent porter sur l'ensemble des diplômés ou sur seulement les diplômés installés participant directement aux soins ;
- la définition des professions est parfois variable d'un pays à un autre comme c'est le cas par exemple des sages-femmes au Royaume-Uni (parfois ces professionnels sont comptés avec les infirmiers, d'autres fois ils sont isolés).

En outre, il est également difficile d'identifier la temporalité d'installation des professionnels concernés dans un pays : s'agit-il d'une inscription sur un registre national uniquement pendant le temps d'une formation complémentaire (quelques mois à 2-3 ans) ou s'agit-il d'une installation pour une période plus longue avec une réelle inscription de l'activité dans le système de santé du pays d'accueil. L'interprétation des données collectées peut être différente et l'impact sur la connaissance de la démographie des professionnels de santé peut varier selon la part relative de ces deux groupes de professionnels.

Enfin, il apparaît que, dans l'état actuel des choses, les données de stock (nombre de professionnels présents à un instant t) semblent moins difficiles à mobiliser que les données de flux (nombre d'entrants et nombre de sortants avec leurs caractéristiques, leur origine et leur destination) alors que ces données sont essentielles à la compréhension des phénomènes migratoires observés.

Pour faire face à cette question de la comparabilité des données entre sources et entre pays, un projet mené dans le cadre du programme de santé publique 2008-2013 de la Commission européenne a proposé de définir un socle minimum de données à collecter pour être en mesure de

produire, à l'échelle des pays d'Europe des statistiques fiables sur les migrations des professionnels de santé (DFAE, 2013a). Sont ainsi définies les informations nécessaires pour établir des projections du nombre de professionnels de santé et aider ainsi à l'établissement des politiques nationales et européennes dans ce domaine. Les données concernées à collecter portent en premier lieu sur le stock de médecins et devraient comprendre : âge, sexe, spécialité et temps de travail en ETP. Concernant les flux, les données à collecter sont plus nombreuses : nationalité, âge et sexe, pays de naissance, statut professionnel et spécialité, pays de formation initiale, pays du dernier diplôme, pays d'enregistrement du diplôme, type d'autorisation d'exercice. En cas de diplômes multiples, il est important de porter l'attention sur le diplôme qui donne le droit d'exercer dans le pays d'accueil. Il n'est, pour la plupart des pays, pas possible de connaître directement les flux de sortie des professionnels formés sur leur territoire. En revanche, dans les pays d'Europe, le recueil des flux d'entrée est possible. La sommation de ces flux de sortie permettrait de calculer, pour chaque pays d'Europe, les flux d'entrée de professionnels en provenance des autres pays de cet espace.

Si la question de la mobilité vers l'étranger des professionnels de santé formés en France est importante et se conjugue avec d'autres phénomènes pour influencer sur les perspectives démographiques de ces professionnels en France, il ressort de ces comparaisons internationales que la part des médecins formés en France parmi les médecins formés à l'étranger dans plusieurs des principaux pays de destination reste limitée. Rappelons comme souligné précédemment que la part des médecins formés en France ne représente que 1 % de l'ensemble des médecins exerçant aux États-Unis et que 4 % de l'ensemble des médecins à diplôme étranger dans ce pays. Au Royaume-Uni, ou plus de 35 % des médecins qui y exercent sont à diplôme étranger, les médecins à diplôme français ne représentent qu'une part limitée de ceux-ci. À titre d'exemple, sur la période 2003-2008, les médecins à diplôme français représentaient 1 % de l'ensemble des médecins à diplôme étranger inscrits sur les registres du General Medical Council - GMC (Wismar et al., 2011).

Les données collectées ne permettent pas, par ailleurs de s'intéresser à un autre aspect de la question de la mobilité internationale des professionnels de santé, à savoir les phénomènes frontaliers. Il est ainsi difficile d'approcher le nombre de médecins à diplôme français résidant proche de la frontière belge, luxembourgeoise, allemande ou suisse et qui exercent dans ces pays. Quoiqu'il en soit, selon les données disponibles, les stocks de médecins formés en France et exerçant à l'étranger semblent faibles.

7 Focus sur quelques pays : monographies

7.1 Belgique

7.1.1 La perception de la problématique des migrations internationales des professionnels de santé

En Belgique, en 2012, seuls 1,2 % des médecins généralistes actifs sur le marché du travail ont un diplôme d'origine étrangère. Bien que plus élevé, ce taux reste également très faible en ce qui concerne les médecins spécialistes (4,4 %).

La Belgique est en revanche confrontée à une problématique de fuite de professionnels formés dans les universités et établissements de formation du pays. Le nombre d'étrangers et en particulier de Français et de Néerlandais venant se former en Belgique à la médecine ou à d'autres professions de santé a en effet fortement crû au cours des dernières années, professionnels qui tendent à ne pas rester dans le pays à la fin de leurs études. Pour certaines professions, il y a même eu plus d'étrangers dans les universités ou centres de formation que de Belges. À titre d'exemple, en 2013-2014, les universités de la communauté française comptaient en premier cycle de médecine 746 étudiants français (soit 13 % des étudiants), alors qu'ils n'étaient que 144 en 2004-2005 (6 %). (CREF.BE, 2015)

7.1.2 Les modalités de régulation de la démographie des professionnels de santé et les éléments les impactant

La régulation de la démographie médicale se fait au travers d'un numerus clausus en Belgique. Cependant, comme indiqué précédemment, une forte proportion d'étudiants étrangers viennent se former dans le pays et quittent la Belgique une fois leur diplôme acquis. Pour cette raison, un décret de la Communauté française de 2006, modifié en 2012, limite à 30 % le nombre d'étudiants non-résidents en Belgique qui peuvent s'inscrire dans les cursus menant aux grades académiques suivants :

- dans les universités :
 - o bachelier en médecine,
 - o bachelier en sciences dentaires,
 - o bachelier en kinésithérapie et réadaptation,
 - o bachelier en médecine vétérinaire,
 - o bachelier en sciences psychologiques et de l'éducation, orientation logopédie,
 - o bacheliers en médecine vétérinaire,
- dans les hautes écoles :
 - o bachelier en kinésithérapie,
 - o bachelier en logopédie,
 - o bachelier en audiologie.

Les étudiants non-résidents sont ceux qui n'ont pas leur résidence principale en Belgique, indépendamment de leur nationalité. Un Belge qui ne réside pas en Belgique sera donc considéré comme non-résident.

Si l'effectif d'inscrits non-résidents dépasse les 30 %, la sélection se fait par tirage au sort.

Un moratoire de la Commission européenne autorise l'application du décret jusqu'en 2016. Pour pouvoir continuer à l'appliquer au-delà de cette date, la Belgique devra fournir des éléments permettant de démontrer que l'abandon de la règle risque de représenter un danger pour la santé publique dans le pays.

De plus, le numerus clausus ne tient actuellement pas compte des étrangers qui, une fois formés, quittent le pays. La commission de planification va probablement à l'avenir intégrer cette variable dans le calcul du numerus clausus. Les mesures seront en vigueur à la rentrée 2016-2017 et auront donc un effet sur les sorties d'étude à partir de 2022.

7.1.3 Les pratiques de recrutement de professionnels à diplôme étranger et les règles de condition d'exercice

La Belgique a une politique d'autosuffisance et tente de former les professionnels dont elle a besoin. Il n'existe pas de politique de recrutement organisée par les autorités du pays. La Belgique a de plus signé le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

Le pays ne souffre pas de pénurie de chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens et par conséquent n'a pas besoin pour ces professions de recruter à l'étranger.

Il existe en revanche des initiatives individuelles d'établissements hospitaliers visant à pallier l'insuffisance et la mauvaise répartition locale de certaines professions de santé ainsi que des sociétés spécialisées dans le recrutement de professionnels à l'étranger. De tels recrutements concernent plus spécifiquement les infirmiers (il est question par exemple de recrutement d'infirmier au Portugal), mais également certaines spécialités médicales (soins d'urgence, gériatrie, psychiatrie infanto-juvénile...).

La médecine générale est également sous tension en Belgique. Pour autant, même pour cette profession, il n'existe pas de politique nationale de recrutement à l'étranger, la politique belge reposant en ce domaine sur :

- une revalorisation de la médecine générale,
- des aides à l'installation (Fonds Impulseo) pour les médecins qui s'installent dans un certain nombre de communes faiblement dotées,
- la création de centres de garde et d'un numéro de téléphone dédié (17 33) dans des zones isolées, la mise à disposition d'un taxi pour les déplacements des médecins de garde...

7.1.4 Les sources de données mobilisables

7.1.4.1 Stock

L'ensemble des professionnels de santé en droit d'exercer en Belgique est recensé dans la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé, communément appelée le « cadastre ». Cette source permet de connaître la nationalité des professionnels et le pays d'obtention de leur diplôme. Elle ne permet pas en revanche d'isoler les professionnels en activité effective. Une personne qui quitte par exemple le pays après son inscription au cadastre reste présente dans cette base de données.

Afin de connaître le nombre de professionnels effectivement actifs, leur secteur d'activité ou taux d'activité, information indispensable à la planification, le couplage avec d'autres sources de données relatives au marché du travail (professionnels salariés) et aux prestations remboursées dans le cadre de l'assurance-maladie-invalidité (professionnels libéraux) doit être réalisé. Ce couplage a été réalisé pour les infirmiers, les kinésithérapeutes et depuis cette année pour les médecins et chirurgiens-dentistes par la cellule de planification du ministère de la Santé publique et porte, en ce qui concerne les médecins, sur les années 2004-2012 (personnes en activité). Pour les sages-femmes, la publication est prévue en fin d'année 2016.

La rupture dans les séries statistiques, en particulier dans les données transmises à l'OCDE, s'explique par le fait que la Cellule de Planification des professionnels de santé (Service public fédéral de la Santé publique) est à présent en capacité de fournir des données relatives aux professionnels en activité, alors qu'auparavant seul le nombre de professionnels en droit de prescrire était connu.

7.1.4.2 Flux entrants

Les flux d'entrée (personnes en droit de prêter) ne sont pas immédiatement disponibles, mais il est possible au niveau de la cellule de Planification des professionnels de santé de faire des extractions à la demande (nombre de personnes ayant fait une demande d'autorisation de prêter en Belgique).

7.1.4.3 Flux sortants

La donnée n'est pas disponible. Tant que le pays ne dispose pas d'un cadastre dynamique, il n'est possible de connaître qu'avec retard les professionnels qui ont cessé leur activité. Il n'est par conséquent pas à ce stade possible de savoir si des professionnels formés à l'étranger restent en Belgique où n'y exercent que pour une période limitée.

7.1.5 Données complémentaires

La cellule de Planification des professionnels de santé ne dispose pas en revanche de telles données concernant les pharmaciens. Des informations sur cette profession sont potentiellement disponibles auprès de l'Association des pharmaciens belges.

7.2 Canada

7.2.1 La perception de la problématique des migrations internationales des professionnels de santé

Environ un quart des médecins au Canada est à diplôme étranger.

Certaines provinces sont plus dépendantes que d'autres dans ce domaine. Par exemple, au Saskatchewan, plus de la moitié des médecins ont été formés à l'étranger (53,2 %) alors que cette proportion est de 10,2 % au Québec (taux le plus bas) et qu'elle est sur l'ensemble du Canada de 25,5 %. Certes le Saskatchewan ne dispose que d'une école de médecine, ce qui pourrait expliquer cela, mais ce n'est pas la seule province dans ce cas (et certaines n'en ont pas). D'une manière générale, l'attractivité est très variable d'une province à l'autre. Ceci se retrouve pour les médecins, qu'ils aient été formés au Canada ou à l'étranger.

7.2.2 Les modalités de régulation de la démographie des professionnels de santé et les éléments les impactant

Le Canada est un pays fédéral de 10 provinces et 3 territoires. De par la constitution, la santé est de la compétence des provinces et territoires. Chacun contrôle le nombre de professionnels de santé qui y travaillent. Chacun fait ses propres projections démographiques des professionnels de santé et détermine ses besoins en la matière. Il existe une forme de coordination au niveau fédéral. Les migrations de professionnels entre provinces et territoires ne sont que partiellement suivies. Le challenge actuellement est de pouvoir effectuer ce suivi de manière plus précise à partir des données recueillies dans chaque province ou territoire.

7.2.3 Les pratiques de recrutement de professionnels à diplôme étranger et les règles de condition d'exercice

S'il n'y a pas de politique nationale visant à recruter des médecins à l'étranger, certaines provinces sont plus actives que d'autres dans ce domaine. Cela peut aller jusqu'à se déplacer dans certains pays cibles pour y recruter des médecins et les accompagner dans leur parcours de formation, de reconnaissance de leur diplôme, d'immigration et d'installation. La France ne ferait pas partie des pays ciblés par ces pratiques car celles-ci concernent plutôt des provinces anglophones. Un engagement à travailler un nombre minimum d'années dans la province les ayant recrutés est alors demandé avant de pouvoir aller s'installer dans une autre province au Canada. Ceci permet de maintenir un niveau d'offre de soins minimal dans certaines zones rurales. Ces procédures proactives ont pu entraîner ces dernières années des critiques de la part des Nations-Unies. Le Canada, au niveau fédéral, a signé le Code de bonnes pratiques mondial de l'OMS pour le recrutement des professionnels de santé. Sous la pression de certaines provinces, le Canada est intervenu (comme les USA) pour que ce code soit révisé tous les cinq ans.

Un certain nombre d'étudiants canadiens vont effectuer leurs études médicales à l'étranger (Royaume-Uni, Irlande, USA...). Ils doivent cependant passer par le même processus de reconnaissance du diplôme que les autres médecins formés à l'étranger.

Le processus de reconnaissance des diplômes est variable selon le pays d'obtention du diplôme et le décalage entre le niveau requis dans ces pays et le niveau requis au Canada. Un processus de vérification des connaissances est mis en place pouvant aboutir à la nécessité de formations complémentaires. Pour des médecins formés en France, la nécessité de formation complémentaire est *a priori* assez limitée. En dehors de cette reconnaissance du diplôme, il est nécessaire de satisfaire aux formalités usuelles pour être autorisé à travailler au Canada. Les procédures avec les États-Unis et le Mexique sont facilitées dans le cadre l'accord de libre-échange nord-américain (visa nécessaire, mais plus facile à obtenir).

Il semblerait que les établissements de santé ne développent pas eux-mêmes de procédures de recrutement de professionnels de santé à l'étranger, celles-ci étant mises en œuvre principalement au niveau des provinces.

7.2.4 Les sources de données mobilisables

L'inscription auprès de la province ou du territoire est obligatoire pour pouvoir exercer au Canada. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) gère une base de données au niveau fédéral qui porte sur 24 professions de santé à partir des données transmises par les provinces et territoires. En cas d'enregistrement dans plusieurs provinces, celle de l'adresse postale de la personne est retenue. L'ICIS développe des consignes standard de collecte et de mise en forme des données pour permettre les comparaisons au niveau du pays. Ce processus est en cours et les comparaisons ne sont pas forcément possibles pour toutes les professions. Pour les médecins, il est possible de le dénombrer par territoire et par lieu d'obtention du diplôme. Ces données sont publiées sur une base annuelle. Par contre, ceci n'est pas possible à l'heure actuelle pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Dans ce cas, il est nécessaire de passer par leurs associations nationales si tant est qu'elles aient ces différentes informations.

Il est ainsi possible d'identifier le nombre de médecins formés en France et exerçant au Canada, en stock et en flux. Concernant les flux de sortie, la destination des professionnels n'est cependant pas très facile à recueillir. La ventilation des médecins formés en France par province ou territoire est disponible. Ces données ne sont par contre pas directement disponibles pour les trois autres professions. La France se situerait au 10^e rang des pays d'origine des diplômés (après l'Afrique du Sud, le Royaume-Uni ou l'Inde).

7.2.5 Données complémentaires

A la suite de l'entretien, notre interlocuteur nous a mis à disposition les tableaux extraits de la Base de données sur les médecins Scott's (BDMS). Cette base détaille par province ou territoire le nombre de médecins avec le détail par âge, sexe, université canadienne de formation, pays de formation (10 premiers), entrées et sorties de médecins à diplôme canadien et médecins à diplôme étranger.... Au total 37 tableaux sont déclinés par province ou territoire complétés par des profils par province ou territoire et des données résumées par région socio-sanitaire dans chaque province ou territoire. Ce sont ces données qui servent de base aux informations transmises à l'OCDE.

Fin 2014, le nombre de médecins à diplôme français exerçant au Canada était de 468. Parmi eux, 81 % sont installés au Québec. Les médecins à diplôme français représentent 2,3 % des médecins formés à l'étranger et 0,6 % de l'ensemble des médecins au Canada.

7.3 États-Unis d'Amérique

7.3.1 La perception de la problématique des migrations internationales des professionnels de santé

Un quart environ des médecins exerçant aux États-Unis sont formés à l'étranger. Cette situation est essentiellement liée au manque de médecins généralistes originaires des USA, les étudiants en médecine formés aux USA ayant tendance dans leur grande majorité à se spécialiser. Si les USA sont, après la Belgique, le premier pays de destination des médecins formés en France, la France n'est pas, et de loin, le premier pays d'origine des médecins « migrant » aux USA. L'Asie du Sud est le premier pourvoyeur de médecins migrants vers les USA.

7.3.2 Les modalités de régulation de la démographie des professionnels de santé et les éléments les impactant

Il n'existe pas vraiment de régulation au travers d'une politique fédérale ou d'État du nombre de professionnels de santé en général et du nombre de médecins en particulier. En effet, les écoles et universités forment des professionnels non pas en fonction des besoins du pays, mais en fonction de leurs capacités de formation.

7.3.3 Les pratiques de recrutement de professionnels à diplôme étranger et les règles de condition d'exercice

Il n'existe pas aux USA de politique de recrutement de professionnels de santé formés à l'étranger. Le seul dispositif qui peut favoriser la migration de tels professionnels est celui des « Preferential visa » : il permet d'attribuer des visas en priorité à des émigrants qui s'engagent à exercer leur métier dans des « Underserved areas » (territoires à faible offre de soins primaires).

Pour pouvoir exercer aux USA, les professions de santé doivent passer un examen, l'United States Medical Licensing Examination pour les médecins et l'United States Dental Licensing Examination pour les chirurgiens-dentistes. Il n'y a donc pas de différence fondamentale de traitement entre professionnels de santé selon leur pays de formation si ce n'est que la procédure est différente selon que l'étudiant ait été formé aux USA (ou au Canada, les États-Unis reconnaissant les diplômes canadiens de médecine) ou dans un autre pays.

7.3.4 Les sources de données mobilisables

7.3.4.1 Médecins et chirurgiens-dentistes

Il existe des données de qualité provenant de l'AMA (American Medical Association) et de l'ADM (American Dental Association). Ces deux associations disposent de bases de données de leurs membres où figure entre autres l'université de formation des adhérents. Même si l'adhésion à ces associations n'est pas obligatoire, la quasi-totalité des médecins et chirurgiens-dentistes exerçant aux USA en est membre. Ces bases permettent donc de connaître le nombre de professionnels exerçant aux USA selon le pays de formation. Pour autant, les bases de l'AMA et de l'ADM ne sont pas parfaites pour plusieurs raisons :

- des professionnels fraîchement retraités peuvent renouveler leur licence même si dans les faits, ils n'exercent plus ;
- certains professionnels en exercice peuvent omettre de renouveler leur adhésion ;
- des médecins formés aux USA peuvent partir en spécialisation à l'étranger et être de ce fait considérés dans ces bases comme des médecins formés à l'étranger.

Les deux bases permettent également d'approcher les flux entrants, dans la mesure où l'adhésion est à renouveler de façon régulière (tous les deux ans pour les médecins). Il est de ce fait difficile de disposer de données annuelles sur les flux migratoires parfaitement fiables, mais si l'on fait une moyenne pluriannuelle, sur trois ans par exemple, le résultat est globalement fiable.

L'American Association of Medical Colleges dispose également de données sur les flux entrants de médecins formés à l'étranger. Cette association gère en effet une base de données des médecins formés à l'étranger demandant à exercer aux USA. Cette donnée n'est en revanche pas disponible pour les chirurgiens-dentistes.

Le Federal National Center for Health Workforce Analysis n'a pas directement accès à ces différentes bases et doit se contenter de la lecture des rapports et tableaux publiés par les différentes associations. Il est néanmoins toujours possible de faire des demandes d'extractions spécifiques.

Aucune donnée sur l'émigration de professionnels formés aux USA n'est en revanche disponible. De ce fait, il n'est pas possible de connaître :

- le nombre de professionnels « sortants » du pays (notre interlocuteur ne pense pas qu'il y ait beaucoup de médecins formés aux USA qui quittent le pays pour s'installer à l'étranger). L'OCDE estime le taux de médecins formés aux États-Unis s'expatriant dans d'autres pays de l'OCDE à 0,9 % (OCDE, 2015, p 187),
- combien de temps les médecins/ chirurgiens-dentistes formés en France (ou dans un autre pays) et émigrés aux USA restent dans ce pays.

Malgré ces limites, Arpita Chattopadhyay estime que la qualité des données est plutôt satisfaisante aux USA compte tenu de la taille du pays, de la diversité de ses personnels de santé, de la complexité de son organisation (dont son caractère fédéral).

7.3.4.2 Sages-femmes et pharmaciens

Concernant les sages-femmes et les pharmaciens, les USA ne disposent pas de système d'information nationale. Il existe pour ces deux professions des estimations du nombre (stock) de professionnels travaillant aux USA, mais pas de données fiables sur les flux migratoires. Il n'existe en effet pas d'association des sages-femmes. Quant à l'association des pharmaciens, elle ne dispose pas de base comparable à celles des AMA et ADA, mais uniquement des données issues d'une enquête par échantillonnage.

7.4 Royaume-Uni

7.4.1 La perception de la problématique des migrations internationales des professionnels de santé

Il y a eu et il continue à y avoir un intérêt marqué sur la question de la fuite vers d'autres pays de médecins formés au RU et de son impact sur l'offre de soins. Cela se traduit par l'arrivée de médecins formés dans des pays à niveau économique bas, notamment en Afrique car les conditions de vie et de travail sont meilleures.

Les professionnels de santé diplômés à l'étranger viennent principalement des anciennes colonies, notamment au travers du Commonwealth. Mais il y a aussi des professionnels diplômés dans d'autres pays : ceux de l'UE, mais aussi de pays comme les Philippines.

Les départs de professionnels de santé formés au RU se font principalement vers l'Australie et la Nouvelle-Zélande, pays du Commonwealth où le coût de la vie et les conditions de vie sont perçus comme plus favorables.

7.4.2 Les modalités de régulation de la démographie des professionnels de santé et les éléments les impactant

Actuellement, le nombre de médecins amenés à être formés est déterminé au cours de négociations entre Health Education England (qui dépend du NHS) et les universités. La régulation se fait plus en lien avec les capacités de formation qu'avec les besoins en professionnels de santé. Même si Health Education England accorde des financements aux universités, les frais de scolarité sont maintenant principalement à la charge des étudiants avec des coûts élevés : environ 9 000 £ / an (12 600 €) pour des études de médecine. Cela est financé généralement par des prêts étudiants ce qui génère une dette à rembourser importante qui s'étale le plus souvent sur 15 à 20 ans. La compétition pour accéder aux écoles de médecine est particulièrement importante avec un nombre de places limitées.

Au cours des 10 à 15 dernières années, le nombre de médecins (et autres professionnels de santé) formés au Royaume-Uni a très fortement augmenté. Ceci est en partie lié aux directives sur le travail au niveau européen qui limitent le nombre d'heures travaillées par une personne (alors qu'auparavant certains médecins travaillaient sans limitation horaire). Les attentes en termes de

conditions de travail ont également eu un impact. De manière générale, la planification des besoins en matière de professionnels de santé au Royaume-Uni n'a jamais été très bonne.

7.4.3 Les pratiques de recrutement de professionnels à diplôme étranger et les règles de condition d'exercice

Les établissements hospitaliers ont pour nombre d'entre eux développé des systèmes très organisés pour le recrutement de professionnels de santé formés à l'étranger, notamment pour les infirmières en ciblant des pays comme l'Inde, l'Espagne ou les Philippines. Ces dispositifs aident également les professionnels dans les procédures administratives et dans leur installation. Par contre, ces dispositifs atteignent leurs limites dans certaines zones, notamment pour le travail à domicile, où le nombre de personnes à suivre par professionnel est trop important, amenant ces professionnels à renoncer au poste au bout d'un temps relativement court. Par exemple, des infirmières danoises, qui ont été recrutées ces dernières années pour suivre les familles et les enfants avec des conditions financières *a priori* attractives, ont rapidement quitté leur emploi face aux conditions de travail proposées et au nombre trop important de familles à suivre.

Parallèlement, des entreprises spécialisées dans le recrutement de professionnels de santé se sont développées, notamment à Londres, qui font appel en particulier à des professionnels formés à l'étranger.

Dans certains secteurs d'activité (par exemple en maison de retraite) ou géographiques, le recrutement des professionnels est difficile ce qui fait que la quasi-totalité de ceux qui y travaillent sont des professionnels formés à l'étranger.

Il n'y a pas à proprement parler de politique spécifique au niveau national pour favoriser le recrutement de professionnels de santé formés à l'étranger. Il y a cependant sur le site internet du NHS un espace sur les offres d'emploi pour les professionnels de santé à destination en particulier de ceux formés à l'étranger. Les emplois sont cependant proposés en premier lieu aux ressortissants du RU ou de l'UE. Les procédures pour pouvoir exercer comme médecin (ou autre professionnel de santé) au Royaume-Uni sont particulièrement bien détaillées sur ce site. En sus de la procédure de reconnaissance du diplôme (automatique pour les diplômés de l'UE), un test de compétence en anglais doit également être passé, le PLAB, pour les médecins hors UE. La question d'un test de langue également pour les diplômés de l'UE est posée avec l'interrogation de sa compatibilité avec les directives sur la liberté de mouvement et d'installation dans l'UE.

Plusieurs problèmes interfèrent avec le recrutement des professionnels de santé. Un de ceux-ci est le décalage, notamment à Londres entre le niveau de rémunération proposé et le coût de la vie (et du logement). Il y a un décalage très fort, illustré récemment par un grand hôpital londonien où le manque de professionnels atteindrait le millier d'infirmières, entre les postes offerts, en particulier pour les postes les moins payés, et les professionnels disponibles pour ces postes. De ce fait, au lieu de recruter directement des professionnels, ces établissements doivent passer par des sociétés intermédiaires : une infirmière à Londres peut ainsi avoir des revenus nettement plus importants par ce biais qu'en étant employée directement par l'établissement où elle travaille.

La problématique pour les sages-femmes est *a priori* la même que pour les infirmières, leur cursus de formation faisant que la maïeutique est, au Royaume-Uni, une formation complémentaire après des études d'infirmières.

Pour les chirurgiens-dentistes, comme les pharmaciens, travaillant de façon indépendante et en ville, la problématique est sans doute différente avec surtout des problèmes de zones dépourvues.

7.4.4 Les sources de données mobilisables

Le nombre de médecins au Royaume-Uni est connu *via* le General Medical Council (GMC). L'inscription au GMC est obligatoire pour pouvoir exercer. Il est possible de vérifier sur le site si un médecin est bien inscrit et autorisé à exercer (un pharmacien peut ainsi vérifier que le médecin ayant fait une prescription est en possibilité de le faire). L'exercice d'une spécialité apparaît également. Le maintien de l'inscription au GMC nécessite le paiement d'une cotisation annuelle, de compléter chaque année un formulaire d'évaluation recensant les différentes formations suivies (avec un entretien avec un pair) et une revalidation des compétences tous les 5 ans (dossier reprenant toutes les évaluations, formations suivies, etc.).

Pour les infirmières et sages-femmes, un dispositif similaire existe (NMC : The Nursing and Midwifery Council). L'inscription y est obligatoire pour exercer. Pour les chirurgiens-dentistes, c'est le General Dental Council et pour les pharmaciens le General Pharmaceutical Council (GPC).

Au-delà de ces dispositifs, le Health and Social Care Information Centre (HSCIC) publie des données sur les professionnels de santé, notamment leurs effectifs. Si le nombre de professionnels de santé formés au RU ou hors Royaume-Uni est potentiellement connu, cette information n'est pas forcément disponible en routine.

Le recrutement de professionnels de santé formés en France n'est pas perçu comme un phénomène important au Royaume-Uni, en partie sans doute du fait de la langue. La part des médecins formés en France dans l'ensemble des médecins formés à l'étranger serait relativement limitée selon notre interlocutrice.

7.5 Suisse

7.5.1 La perception de la problématique des migrations internationales des professionnels de santé

On parle peu de pénurie de personnels de santé en Suisse car la densité médicale y est élevée en comparaison des autres pays développés. Cependant, cela repose en grande partie sur des professionnels de santé formés à l'étranger. Comme en Suisse, il y a une population étrangère importante, cela correspond à quelque chose d'attendu de trouver une part importante de professionnels de santé formés à l'étranger.

Selon le registre de la Société des médecins helvètes (SMH), il y aurait autour de 40 % de médecins formés à l'étranger en exercice en Suisse. En Suisse Romande, on parle beaucoup de l'immigration des infirmières, notamment celles formées en France et, dans une moindre mesure les médecins. En Suisse Alémanique, ce sont les médecins qui viennent plus massivement et alors de pays germanophones (Allemagne et Autriche).

7.5.2 Les modalités de régulation de la démographie des professionnels de santé et les éléments les impactant

Un *numerus clausus* a été mis en place en Suisse de peur d'une pléthore de médecin et d'une explosion consécutive des dépenses de santé. Cette approche a prévalu jusqu'au tournant des années 2000. C'est à ce moment-là qu'un double constat a été posé : la crainte d'un déficit en personnel de santé d'une part, une forte dépendance vis-à-vis des professionnels formés à l'étranger d'autre part. Les évolutions démographiques (vieillessement de la population et vieillessement du corps médical avec des départs à la retraite importants) allaient s'accompagner de plus grands besoins. Cinq raisons remettaient en cause le *numerus clausus* en Suisse dans sa forme actuelle :

- un système perçu comme injuste par rapport aux étudiants suisses qui ne sont pas admis à poursuivre des études médicales alors qu'ils en auraient les capacités et qu'en parallèle, on recrute des professionnels formés à l'étranger ;
- le contexte de pénurie mondiale en professionnels de santé : même si la Suisse évite de recruter dans les pays en voie de développement, par effet domino, le recrutement dans les pays voisins peut engendrer dans ceux-ci des recrutements dans des pays plus lointains. Des ONG veillent à cela même si sur le plan politique, l'attention aux pays plus lointains n'est pas un argument très moteur dans la prise de décision ;
- cette grande dépendance de la Suisse vis-à-vis des pays étrangers où sont formés les professionnels de santé serait source de vulnérabilité pour la Suisse en cas de retour important de ces professionnels dans leur pays de formation. Cet argument est considéré comme assez porteur même si son niveau de probabilité est limité ;
- il existe des problèmes de répartition territoriale des professionnels de santé en Suisse avec, dans des zones rurales, des départs à la retraite de généralistes difficiles à remplacer et, en parallèle, une forte densité de médecins en particulier spécialistes dans certaines villes (par ex dans le canton de Genève) ayant abouti à des dispositifs de gel des cabinets et l'instauration d'une « clause du besoin » pour maîtriser les ouvertures massives de cabinet ;
- enfin la question linguistique intervient dans le débat : même si une part importante des professionnels de santé formés à l'étranger vient de pays de même langue (France et Allemagne), les personnes âgées en particulier préfèrent s'adresser à des médecins qui maîtrisent leur dialecte (ceci est plus particulièrement vrai en Suisse Alémanique).

Il est important de souligner que la planification du nombre de médecins (au travers du nombre d'étudiants autorisés à suivre des études médicales) est un domaine politique déterminé en concertation entre le niveau cantonal et le niveau fédéral.

Face à cela, en mai 2015, la décision a été prise d'augmenter le nombre d'étudiants admis en première année de médecine pour le faire passer actuellement de 800 par an à 1 200 par an en 2017. Cette décision, attendue depuis plusieurs années, a été possible du fait de l'engagement de la confédération à participer à l'augmentation des coûts de formation engendrée par cette augmentation du numerus clausus, le financement de la formation étant normalement du ressort des cantons et ceux-ci étant réticents à être les seuls à en porter la charge. L'objectif poursuivi au travers de cette augmentation du numerus clausus est de stabiliser à son niveau actuel le volume de soins délivré par des médecins à diplôme suisse, volume qui est actuellement en diminution.

En 2002, le principe de libre circulation des travailleurs entre la Suisse et l'UE est entré en vigueur. Cela a entraîné la crainte d'une arrivée massive de médecins à diplôme UE venant ouvrir des cabinets en Suisse. Face à cela, une « clause du besoin » a été introduite au niveau fédéral et mise en œuvre par les cantons selon des modalités choisies au cas par cas et permettant de limiter l'ouverture de cabinets. Cette clause a été abandonnée à la fin des années 2000 puis remise en vigueur en 2013. Cette clause s'applique de manière équivalente aux médecins formés en Suisse et à ceux formés à l'étranger.

Il faut prendre en compte également l'initiative adoptée en février 2009 prévoyant la limitation de l'immigration et de la population étrangère. Actuellement, le conseil fédéral travaille sur la mise en œuvre de cette initiative alors que cela va à l'encontre des accords sur la libre circulation des personnes entre l'UE et la Suisse. Une application stricte de cette initiative aurait un impact fort sur le recrutement des médecins à diplôme étranger en Suisse.

7.5.3 Les pratiques de recrutement de professionnels à diplôme étranger et les règles de condition d'exercice

Les conditions de travail en Suisse et les conditions de rémunération étant particulièrement attractives, un recrutement actif n'est pas nécessaire, les gens venant spontanément, même si le

phénomène serait moins important aujourd'hui qu'auparavant. La Suisse se défend de faire du recrutement actif, notamment auprès des pays en voie de développement afin de ne pas favoriser la « fuite des cerveaux » (référence au code OMS et place de l'OCDE dans ce domaine).

Dans le domaine des professionnels de santé, les choses sont très éclatées entre ce qui est fait au niveau fédéral et de ses différents offices (pas le même office qui suit ce qui est fait pour les médecins et ce qui est fait pour les infirmiers), au niveau cantonal, et également des initiatives privées ou de certaines institutions pour essayer d'utiliser « plus de ressources domestiques ».

Cependant, des attitudes de recrutement actif de professionnels de santé formés à l'étranger existent de la part de certaines agences privées.

En dehors de la clause de besoin pouvant limiter les installations, mais concernant aussi bien les médecins formés en Suisse que les autres, le point principal porte sur la reconnaissance de diplôme. Les personnes disposant d'un diplôme de l'UE bénéficient de procédures de reconnaissance automatique de celui-ci. Une clause de maîtrise de la langue aurait été introduite récemment. Les professionnels formés à l'étranger et qui ne sont pas de nationalité helvétique doivent disposer également d'un permis de travail délivré par les services des migrations. Pour les ressortissants de l'Union européenne, son obtention est quasiment automatique dans le cadre de l'accord de libre circulation entre la Suisse et l'UE ; elle peut être beaucoup plus complexe pour les ressortissants d'autre pays.

7.5.4 Les sources de données mobilisables

Pour les médecins, la source utilisée est généralement le registre professionnel tenu par la Fédération des médecins suisses (FMH). Cependant, ce registre ne prend pas en compte les médecins assistants en cours de spécialisation. Cette donnée porte surtout sur les médecins en établissement et est partielle pour les praticiens exerçant en cabinet.

Certaines données sur la démographie des professionnels de santé sont peu disponibles en Suisse. Le dénombrement du nombre de pharmaciens, de sages-femmes ou de chirurgiens-dentistes n'est pas disponible actuellement en routine ou bien avec des lacunes importantes notamment pour les libéraux.

Une publication de l'Observatoire Suisse de la Santé (Obsan) de 2010 décrit le phénomène migratoire des professionnels de santé vers la Suisse.

Bien que non publiées en routine, il est possible d'extraire les données sur les lieux d'installation (cantons) des médecins formés en France.

En termes d'évolution, les données seraient disponibles à partir de 2003.

Pour les autres professions, la situation est moins documentée (chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes). Il n'y a pas de statistiques spécifiques à l'Obsan concernant les migrations internationales des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens. Pour les sages-femmes, elles sont analysées généralement de façon conjointe (et pas forcément spécifique) avec les infirmières. Pour ces différentes professions, l'Obsan n'a pas encore exploré les registres professionnels spécifiques et la possibilité d'avoir accès à l'information sur le pays d'obtention des diplômes. Cette donnée n'est donc pas disponible actuellement.

Des statistiques sur les entrées et sorties de professionnels de santé (médecins, sages-femmes et pharmaciens) étaient disponibles jusqu'en novembre 2014, mais l'office fédéral en charge de cette question n'est plus en mesure de produire ces données du fait d'une évolution des méthodes de collecte et d'analyse des données. Ces données portaient sur la nationalité des personnes et non pas sur le pays d'obtention du diplôme. Les registres professionnels peuvent apporter des éléments d'information complémentaire, mais ces registres ne sont pas exhaustifs, l'autorisation d'exercer ne dépendant pas de cette inscription.

7.5.5 Données complémentaires

Les données complémentaires adressées par l'Obsan à la suite de l'entretien font apparaître qu'en 2014 :

- parmi les 34 328 médecins exerçant en Suisse, 10 355 (soit 30,1 %) étaient à diplôme étranger
- les médecins formés en France sont au nombre de 574
- ils représentent 5,5 % des médecins à diplôme étranger et 1,7 % de l'ensemble des médecins
- la France est au troisième rang (avec l'Autriche) parmi les pays de formation des médecins à diplôme étranger exerçant en Suisse. L'Allemagne est le principal pays de formation de ces médecins (57,5 % de l'ensemble des médecins à diplôme étranger en Suisse) avant l'Italie
- le nombre de médecins formés en France et exerçant en Suisse est en forte progression : + 105 % entre 2008 et 2014 (passant de 279 à 574).

En 2010, l'Obsan a publié un rapport intitulé « Immigration du personnel de santé vers la Suisse » (Jaccard-Ruedin, Widmer, 2010). Ce rapport décrit le phénomène migratoire des professionnels de santé vers la Suisse et ses évolutions et les met en relation avec le nombre de personnes formées en Suisse. Si ce rapport met en évidence que cette immigration concerne des professionnels hautement qualifiés provenant des pays limitrophes (France, Allemagne, Italie, Autriche), il ne détaille pas les effectifs pour chacun de ces pays. Le rapport souligne la dépendance croissante du système de santé suisse face au recrutement international.

8 Synthèse

Cette approche internationale des migrations des professionnels de santé fournit un certain nombre d'enseignements.

- La question de l'équilibre entre le nombre de professionnels de santé et les besoins de la population intéresse chacun des pays interrogés. Deux professions sont particulièrement ciblées dans l'étude de cette question : les médecins et les infirmières. Les autres professionnels concernés par l'étude (chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens) sont moins souvent pris en compte ou explorés. Au-delà de la seule approche macroscopique sur l'adéquation du nombre de professionnels aux besoins de la population, la question de la répartition de cette offre sur le territoire est également une question importante avec la difficulté à ce que des professionnels choisissent d'exercer sur des zones isolées ou moins favorisées.
- La planification du nombre de professionnels de santé, et en particulier de médecins, passe dans tous les pays par une certaine régulation du nombre d'étudiants admis à poursuivre les formations correspondantes. Des *numerus clausus* sont fixés dans un certain nombre de pays visant à former autant de médecins que nécessaire pour répondre aux besoins de la population (France et Belgique par exemple). Dans d'autres pays, l'État a une possibilité d'action moindre et agit sur la capacité de formation des écoles et universités correspondantes (Royaume-Uni par exemple) notamment en finançant partiellement ces formations. Dans des pays fédéraux où la compétence dans ce domaine est détenue au niveau local, les négociations sur les capacités de formation se font entre le niveau fédéral et le niveau local (Suisse et Canada par exemple).
- Dans la plupart des pays européens, les directives européennes sur la libre circulation des personnes et sur la reconnaissance des diplômes ont un impact important sur la démographie des professionnels de santé et limitent l'efficacité des dispositifs type *numerus clausus*. Par exemple, la Belgique qui cherche à adapter le nombre de médecins formés aux besoins du pays voit l'effet des mesures qu'elle prend en ce sens limité par les étudiants français et néerlandais venant se former en Belgique, avant de retourner exercer dans leur pays d'origine. De ce fait, des quotas ou limitations du nombre d'étudiants étrangers ont été introduits depuis peu et le *numerus clausus* sera, à la rentrée 2016-2017, augmenté afin de prendre en compte ce phénomène. En conséquence, le nombre de Français allant se former à la médecine en Belgique

va probablement diminuer. D'ici quelques années, on peut donc s'attendre à ce que le nombre de médecins à diplôme belge venant s'installer en France diminue.

- La part de professionnels à diplôme étranger est très variable d'un pays à l'autre. Elle apparaît limitée en France et plus importante dans la plupart des pays étudiés. Cependant, dans tous ces pays, la part des médecins à diplôme français parmi l'ensemble des médecins à diplôme étranger reste toujours assez limitée. Même en Suisse où la France est le troisième pays de formation des médecins à diplôme étranger, ceux-ci ne représentent guère plus de 5 % de l'ensemble des médecins à diplôme étranger.
- Dans les pays où la part des professionnels de santé à diplôme étranger est importante, des actions sont mises en œuvre depuis quelques années pour, au moins stabiliser, le plus souvent réduire cette part et pour limiter leur « dépendance » vis-à-vis des pays de formation. Le Code, déjà cité, de bonne pratique de l'OMS pour le recrutement des professionnels de santé adopté de façon large par les pays ciblés par notre étude a sans doute eu comme effet d'accélérer ce phénomène.
- Peu de pays disposent de système d'information permettant de décrire précisément les flux et stocks de professionnels à diplômes étrangers. La France apparaît bien dotée dans ce domaine. Le Canada est le seul pays à produire en routine des tableaux de données détaillées extraits de bases de données *ad hoc* gérées au niveau fédéral. Cependant, ces données ne concernent que les médecins. En Suisse et en Belgique, des données sont également disponibles, mais des éléments détaillés ne sont pas disponibles en routine et nécessitent des extractions et rapprochements de bases spécifiques.
- Si la plupart des pays sont capables d'identifier des stocks et des flux entrants de professionnels de santé, aucun, y compris la France n'est en réelle capacité d'identifier et de qualifier les flux sortants.
- En l'état actuel des choses, le dispositif d'observation développé par l'OCDE, même s'il est perfectible et même s'il ne concerne que les médecins et les infirmières, apparaît comme le meilleur outil permettant de suivre les migrations des professionnels de santé.
- Il est nécessaire de suivre l'avancée des travaux de l'action conjointe européenne sur la planification et les prévisions en nombre de professionnels de santé²⁸. Le quatrième « work package » porte en effet sur les processus d'amélioration des données. Une attention particulière est portée aux données décrivant les migrations internationales et à la possibilité de mieux qualifier les flux de professionnels entre les pays. Les résultats de ce projet sont attendus pour 2016.

²⁸ <<http://healthworkforce.eu>>

Synthèse et éléments conclusifs

Rappel de la problématique

Les craintes relatives à une influence négative sur les conditions d'exercice des professionnels de santé formés en France et sur la qualité des soins délivrés de l'installation en France de professionnels de santé ayant été formés à l'étranger sont anciennes et récurrentes. Dans les années 1930, la loi dite Armbuster rajoutait à la loi de 1892, imposant de disposer d'un diplôme français pour l'exercice de la médecine, la condition de nationalité. Les processus européens d'élargissement et d'extension de la liberté d'installation et de reconnaissance des diplômes associés aux difficultés sectorielles ou territoriales de recrutement de certains professionnels ont renforcé les discours sur une baisse possible de la qualité des soins et sur une mise en concurrence des diplômés en France qui pourrait être déloyale. Les confusions qui sont parfois faites entre la nationalité de ces nouveaux installés en France et le lieu d'obtention de leur diplôme viennent renforcer ces craintes. Cette double condition de nationalité et de diplôme pour l'exercice en France n'a d'ailleurs été assouplie qu'avec la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, en application des directives européennes.

Par ailleurs, les besoins de planification des ressources en santé et notamment la fixation du *numerus clausus* imposent de considérer, au-delà des critères habituels d'âge de début et de fin d'exercice, d'une part les installations de diplômés hors de France (flux entrants), et d'autre part les départs de diplômés français vers d'autres pays d'exercice (flux sortants). Il est important de souligner que les principes de libre circulation des personnes dans l'Union européenne et de reconnaissance de diplôme impactent ces flux.

Plusieurs questions, d'ordre qualitatif ou quantitatif, sont donc à l'origine de cette étude. Ainsi, sur un plan qualitatif, le questionnement portait sur le contexte législatif et juridique et son influence sur les flux sortants et entrants des quatre professions (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens) pour lesquelles un processus de régulation en fin de première année d'études a été instauré sous forme de *numerus clausus* : Quel est le cadre légal pour le droit d'exercice en France et comment est-il impacté par le droit européen ? Quelles sont les interactions positives ou négatives entre le *numerus clausus* et les directives européennes autorisant la libre circulation des professionnels en UE ?

Sur un plan quantitatif, la principale interrogation ayant conduit à la commande de cette étude portait sur la production de données chiffrées permettant *in fine* d'estimer l'ampleur des flux entrants et sortants des professionnels et leurs poids respectifs dans la démographie médicale. Indirectement, il s'agissait d'apprécier l'impact de ces flux, d'une part sur les mécanismes de régulation française de la démographie des quatre professions ciblées, et d'autre part sur la répartition géographique ou sectorielle de ces mêmes professions.

Comme montré dans le présent rapport, la volonté de contrôler le nombre de professionnels en exercice existe depuis au moins le XIX^e siècle et s'est renforcée au cours des années soixante-dix en France comme chez ses voisins européens. Cette volonté étant essentiellement guidée par des motivations économiques de maîtrise des dépenses de santé, partant du présupposé que l'offre influence la consommation de soins.

Avec l'instauration de textes européens, qui s'imposent dans le droit français comme en témoigne la jurisprudence européenne, l'effectivité des mécanismes de régulation s'est trouvée, de fait, amoindrie. Les autorités, en l'occurrence l'Etat, en lien avec les instances représentatives des professionnels, ne peuvent donc que tenter, d'une part de réguler l'exercice en France des professionnels ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne, en étant parfois en contradiction avec les politiques des établissements de santé, et d'autre part de s'assurer de la

qualité des soins délivrés (en s'assurant de la conformité des diplômes et d'une maîtrise suffisante de la langue).

Une définition précise de la population cible des professionnels à diplôme étranger

Sur un plan statistique, les analyses produites dans le cadre de ce rapport ont permis (par le ciblage rigoureux de certaines variables issues du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) sur le lieu d'obtention du diplôme donnant droit à l'exercice de la profession considérée) de définir plus précisément la population cible de l'étude : les professionnels à diplômes étrangers ayant droit au plein exercice en France. Cette définition stricte indique que, au 1^{er} janvier 2015, 9,7 % des médecins, 6,1 % des chirurgiens-dentistes, 5,9 % des sages-femmes et 1,5 % des pharmaciens en exercice possèdent un diplôme principal donnant droit à exercer la profession ayant été obtenu à l'étranger.

Cette définition de la population d'étude revêt un aspect important tant il peut être observé une variabilité des données, et donc des discours, selon les sources ou les critères utilisés. Ainsi, en se limitant uniquement au RPPS, selon que l'on considère telle ou telle variable relative au lieu d'obtention du ou des diplômes, la part de médecins « à diplôme étranger » parmi l'ensemble varie de 7,9 % à 12,9 %. De la même manière, il convient de distinguer le lieu d'obtention du diplôme, qui impacte le système de régulation des effectifs d'étudiants, et la nationalité de l'individu titulaire de ce diplôme. Pour illustration, et pour rester sur l'exemple des médecins, 47,6 % des médecins ayant un diplôme étranger sont de nationalité française et ce pourcentage atteint 70,7 % pour les diplômes extra-européens.

Des enjeux et des dynamiques différentes pour les quatre professions

La part des professionnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger est variable selon la profession. Près d'un médecin sur dix exerçant en France est dans cette situation tandis que pour les pharmaciens, il s'agit d'un épiphénomène (1,5 % des pharmaciens).

Au-delà de cette simple proportion, il existe bien d'autres différences relatives au statut des professionnels concernés, à la dynamique spatiale et temporelle d'installation, au lieu d'obtention des diplômes, au contexte juridique et à l'histoire.

S'agissant des médecins, comme l'indique le Conseil national de l'Ordre des médecins, ceux à diplôme étranger privilégient le salariat (près de six sur dix exercent sous ce statut) et sont moins représentés dans la spécialité de médecine générale (4,9 % contre 13,8 % pour l'ensemble des autres spécialités). Selon le pays d'obtention du diplôme, le choix du mode d'exercice semble variable. Ainsi, les diplômés européens exercent plus fréquemment en secteur libéral (44,1 % d'entre eux) que les diplômés dans un pays non européen (39,9 % d'entre eux). D'un point de vue dynamique, sur une période courte, les diplômés à l'étranger occupent une place grandissante parmi les nouveaux inscrits pour représenter près d'un nouvel inscrit sur quatre aujourd'hui. Ce phénomène entraîne donc une augmentation de la part des diplômés à l'étranger au sein du total des professionnels en exercice (de 8,1 % en 2012 à 9,7 % en 2014).

S'agissant des pays d'obtention des diplômes, il semble, sur une période récente (depuis 2012), que les effectifs des diplômés originaires des pays de l'Est de l'Europe (Roumanie et Bulgarie) diminuent au profit des diplômés en Espagne ou en Italie. La même observation peut être faite sur la nationalité des primo-inscrits. Bulgares et Roumains étaient 460 à s'inscrire à l'Ordre des médecins en 2012 (soit un peu plus de 29 % de l'ensemble des primo-inscrits) contre 330 en 2015 (un peu plus de 19 % des primo-inscrits). A l'inverse, les Espagnols et Italiens étaient 88 à nouvellement s'inscrire en 2012 (5,5 % des nouveaux inscrits) contre 230 en 2015 (13,3 % des nouveaux inscrits).

Sur un temps plus long, deux années ont connu de fortes progressions de nouveaux inscrits à diplôme étranger : 1997 et 2007. En 1997, et jusqu'en 2000, l'augmentation concernait les diplômes extra-européens tandis qu'en 2007 (année de l'entrée de la Roumanie dans l'UE et deux ans après la

directive de reconnaissance des diplômes au sein de l'UE), l'augmentation constatée concernait les diplômés européens. Ces évolutions sont la conséquence directe des évolutions juridiques et réglementaires. Ainsi, en 1997, ont eu lieu de nombreuses régularisations (80 000) de personnes étrangères se trouvant en situation irrégulière. Concomitamment, la hausse des effectifs de diplômés à l'étranger observée en 1997 peut être la conséquence de la loi de 1995 relative aux médecins hospitaliers en situation précaire et pouvant désormais se présenter à des épreuves d'aptitude pouvant conduire à des autorisations d'exercice. Par ailleurs, la distribution des pays d'obtention des diplômes non européens fait clairement apparaître les relations historiques entre la France et le Maghreb : au 1^{er} janvier 2015, les diplômés en Algérie, Maroc et Tunisie représentaient plus de 30 % des médecins ayant un diplôme étranger.

Concernant les chirurgiens-dentistes, le poids des diplômés à l'étranger parmi l'ensemble des professionnels en exercice a augmenté plus fortement ces dernières années que chez les médecins. Ils représentaient ainsi 3,7 % des effectifs totaux en 2012 contre 6,1 % en 2015, soit une progression annuelle de plus de 19 %. Sur un temps plus long, le nombre d'inscriptions de chirurgiens-dentistes à diplôme étranger a véritablement augmenté en 2000 mais surtout en 2007 pour les diplômes extra-européens et en 2011 pour les diplômés européens. En part relative, les chirurgiens-dentistes à diplômes étrangers sont passés de 3 % des nouveaux inscrits avant 2000 à 12 % cette année-là. Sur la période 2010-2014, un chirurgien-dentiste nouvellement inscrit sur quatre possède un diplôme obtenu hors de France. Parmi ceux-ci, 46 % sont de nationalité roumaine, 18 % espagnole, 14 % française et 10 % portugaise... A l'instar de ce qui est observé pour les médecins, la part des Roumains parmi les nouveaux chirurgiens-dentistes à diplôme étranger diminue (de 48 % en 2013 à 39 % en 2015). Cependant, en effectifs le nombre de chirurgiens-dentistes de nationalité roumaine continue de croître. Sur cette même période, les chirurgiens-dentistes à diplôme étranger de nationalité française (de 10,3 % à 15,8 %) et portugaise (de 5,1 % à 13,7 %) voient leur part relative augmenter, même si les effectifs restent faibles : 66 Français et 55 Portugais en 2015. Au final, au 1^{er} janvier 2015, 30,6 % des diplômés à l'étranger en exercice sont français et 29 % sont roumains.

Contrairement aux médecins, les chirurgiens-dentistes à diplôme étranger s'orientent essentiellement vers le secteur libéral, choisi par près de sept sur dix d'entre eux en 2015. Ce constat n'est cependant que le reflet de la faible part de l'exercice salarié dans la profession de chirurgien-dentiste. En effet, les chirurgiens-dentistes à diplôme étranger exercent plus fréquemment en tant que salarié que les diplômés en France (10 % de salariés pour les diplômés en France contre 25,7 % des diplômés européens et 17,6 % des diplômés extra-européens). Cet état de fait peut masquer un choix générationnel, la part du salariat gagnant des points au fil du temps (7,2 % en 2004 contre 10,8 % en 2015), probablement du fait du comportement d'installation des nouveaux diplômés. Ainsi, les diplômés européens, plus jeunes (38 ans de moyenne d'âge contre 49 ans pour l'ensemble des professionnels en exercice), poursuivraient cette tendance à choisir en plus grand nombre le salariat.

La part des sages-femmes ayant un diplôme étranger est proche de celle observée chez les chirurgiens-dentistes : 5,9 %. La dynamique actuelle est cependant inverse. En effet, depuis 2010, le nombre de sages-femmes nouvellement inscrites et possédant un diplôme obtenu hors de France diminue (moins de 50 en 2014).

La très grande majorité des diplômées en maïeutique hors de France possède un diplôme d'un pays de l'UE. En effet, seules 142 sages-femmes sur les 1 274 à diplôme étranger sont diplômées hors UE. Au 1^{er} janvier 2015, plus de neuf sages-femmes sur dix ayant un diplôme européen sont de nationalité française. Viennent ensuite les Belges mais celles-ci ne représentent que 3,7 %. Les diplômes ont été obtenus en Belgique pour 79 % des sages-femmes à diplôme étranger, pays dans lequel la formation de sage-femme est nettement plus courte qu'en France. La baisse des flux entrants est peut-être à mettre en regard des difficultés récentes d'accès à l'emploi des sages-femmes en France (Micheau et Alliot, 2014).

Comme chez les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes à diplôme de l'UE sont en moyenne plus jeunes (34 ans d'âge moyen contre 41 ans pour l'ensemble des professionnelles), traduisant des installations récentes de ces diplômées. Cependant, concernant le mode d'exercice, et contrairement aux chirurgiens-dentistes, les sages-femmes en exercice sont plus souvent salariées. Par ailleurs, et c'est là aussi une spécificité pour cette profession, les diplômées de l'UE exercent plus souvent en secteur libéral que les diplômées françaises. Cet attrait pour le secteur libéral est retrouvé chez les jeunes diplômées. Ainsi, le conseil de l'Ordre indique que c'est chez les moins de 30 ans que l'activité libérale se développe le plus.

Enfin, concernant les pharmaciens, comme dit précédemment, il ne semble pas y avoir, au vu des faibles effectifs de diplômés à l'étranger en exercice en France (1 098, soit 1,5 % des pharmaciens), de véritables enjeux liés aux mobilités internationales, du moins s'agissant des flux entrants. La réglementation relative à l'installation d'une officine peut constituer l'un des motifs de cette faiblesse des flux entrants.

Les flux entrants invisibles : les PADHUE et libres prestataires de service

Si l'exploitation des données du RPPS permet de quantifier assez finement les flux entrants de professionnels ayant le plein exercice de leur profession en France, il est aujourd'hui impossible de disposer de données statistiques sur les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) n'ayant pas le plein exercice. Seules les données de la littérature, parcellaires, permettent d'avancer des estimations mais celles-ci sont déjà anciennes. Les quelques données disponibles issues d'enquêtes réalisées au milieu des années 2000 estimaient à près de 7 000 le nombre de médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne et n'ayant pas le plein exercice.

Malgré l'absence de données dans ce domaine, certaines évolutions tendraient à montrer que les effectifs de ces « invisibles » seraient en diminution. Ainsi, les effectifs de faisant fonction d'internes (FFI) ont diminué en France entre 2010 et 2014 (de 3 219 à 2 326). De même, le nombre de candidats aux épreuves de vérification des connaissances (EVC) sur la liste C connaît une baisse sensible depuis 2012. Ces tendances pourraient indiquer que les différents mécanismes visant à régulariser la situation des professionnels exerçant des fonctions hospitalières sous des statuts précaires portent leurs fruits et que le réservoir de ces personnes est peu à peu en train de se réduire. Cela ne signifie pas pour autant que de nouveaux PADHUE ne viennent plus exercer dans les établissements de santé français, mais ces derniers occupent peut être d'autres statuts hospitaliers.

Les mêmes imprécisions existent sur les effectifs de professionnels effectuant des libres prestations de services sur le sol français. Des données ont cependant été obtenues auprès des Ordres professionnels, rapportant des effectifs réduits et indiquant qu'il s'agit aujourd'hui d'un phénomène marginal au niveau national. La problématique peut cependant être réelle sur des zones frontalières sans qu'il soit actuellement possible d'en estimer la portée.

Des flux sortants limités comparés aux flux entrants

L'estimation des flux sortants, soit de diplômés en France débutant leur vie professionnelle à l'étranger, soit de professionnels en exercice décidant poursuivre leur activité dans un autre pays, est délicate.

Les estimations réalisées pour les taux d'évaporation des professionnels formés en France (professionnels diplômés en France mais non inscrits à l'Ordre) présentent des limites méthodologiques, y compris lorsqu'elles sont basées sur les nombres de diplômés. Il est effectivement difficile de savoir avec les données de quelle année, le nombre de nouveaux inscrits doit être comparé, les délais entre la fin des études proprement dites et l'obtention du diplôme étant probablement variable. Par ailleurs une incertitude existe sur ce que représente le nombre de diplômés recueillis par l'ONDPS (diplômes de fin de cycle ou diplôme d'État proprement dit ?). Une

clarification semble nécessaire mais néanmoins il paraît intéressant de poursuivre les recueils engagés par l'ONDPS concernant les nombres de diplômés annuels.

Ces estimations basées sur les nombres de diplômés aboutissent à des ordres de grandeur variables selon les professions : aucune évaporation chez les médecins et autour de 100 chez les chirurgiens-dentistes, 275 chez les sages-femmes et 580 chez les pharmaciens de cycle court. Selon ces estimations, le solde des entrées-sorties serait très positif chez les médecins et chirurgiens-dentistes tandis que pour les sages-femmes et pharmaciens, les entrées de diplômés à l'étranger seraient moindres que les sorties ou les non installations des diplômés en France. Soulignons néanmoins qu'il n'est pas possible de distinguer les différents motifs de ces non inscriptions à l'Ordre : abandon des études, activité ne le nécessitant pas... mais aussi départs à l'étranger.

Malgré l'absence de statistiques fines et exhaustives, l'approche internationale apporte plusieurs enseignements. Premièrement, les directives européennes sur la libre circulation des personnes et sur la reconnaissance des diplômes impactent tous les pays européens étudiés. Dans le cas particulier de la Belgique, des quotas ou limitations du nombre d'étudiants étrangers ont été introduits et le *numerus clausus* sera, à la rentrée 2016-2017, augmenté afin de limiter l'impact sur l'offre de soins en Belgique du départ vers leur pays d'origine d'étudiants venus s'y former. En conséquence, le nombre de Français allant se former pour devenir médecin en Belgique va probablement diminuer. Deuxièmement, la France apparaît au regard des autres situations étudiées, un pays où l'immigration et l'émigration des professionnels de santé restent faibles. Troisièmement, dans tous les pays étudiés, la part des médecins à diplôme français parmi l'ensemble des médecins à diplôme étranger reste toujours assez limitée, y compris dans les principaux pays de destination des médecins formés en France.

Les données parcellaires sur les pays d'émigration des médecins formés en France indiquent des évolutions variables selon les pays : de plus en plus de formés en France s'installeraient en Belgique, en Allemagne et en Suisse, tandis que des diminutions sont observées en Israël, aux États-Unis et au Royaume-Uni. Au final, selon l'OCDE, ce sont, *a minima*, un peu plus de 3 000 médecins formés en France qui exerceraient à l'étranger. Au vu des données manquantes pour de nombreux pays, il s'agit probablement d'un chiffre sous-estimé. Par ailleurs, le nombre de Français expatriés inscrits auprès des consulats est en augmentation forte sur les quinze dernières années et on peut penser que les effectifs de médecins formés en France et expatriés augmentent également.

Conclusion : quels impacts sur l'offre de soins ?

Sans pouvoir parler de phénomène de compensation, l'installation sur le sol français de professionnels diplômés à l'étranger, et échappant donc au *numerus clausus*, semble être une réponse à certains besoins territoriaux et sectoriels. Ainsi, dans les années quatre-vingt, l'État français a mis en place plusieurs textes permettant, si ce n'est d'attirer, au moins de permettre l'exercice en France de PADHUE (décrets octroyant le droit d'exercer sous des conditions particulières dans les hôpitaux publics lors de cursus de spécialisation notamment). Aujourd'hui encore, certains établissements de santé s'appuient fortement sur ces professionnels pour maintenir l'activité de certains de leurs services ; une étude réalisée en Poitou-Charentes rapportait ainsi une part atteignant 38 % de PADHUE parmi les praticiens hospitaliers dans l'un des centres hospitaliers de la région (Cottreau, 2015).

S'agissant de la médecine libérale, les analyses produites dans ce rapport montrent bien qu'il existe une corrélation entre les faibles densités de médecins et la part de médecins à diplôme étranger. Ainsi, si en valeur absolue, les diplômés à l'étranger choisissent pour beaucoup d'entre eux, à l'instar des diplômés en France, des départements bien dotés et possédant de grandes agglomérations, ils sont surreprésentés au sein de certains territoires à faible densité, ce qui semble bien signifier que les mécanismes d'incitation à l'installation dans les zones déficitaires trouvent un certain écho. A titre d'illustration, l'Eure et Loire, la Creuse ou la Lozère comptent entre 13 % et 15 % de médecins

libéraux à diplôme étranger. La garantie de trouver sur ces zones peu dotées une patientèle importante peut également être une motivation forte. Si ces installations ne compensent pas les déséquilibres de la répartition territoriale des médecins libéraux, elles peuvent en réduire la fracture.

C'est un fait, la probabilité statistique pour une personne habitant en France de se faire prendre en charge par un chirurgien-dentiste, un médecin ou une sage-femme formé à l'étranger a fortement augmenté sur une période récente. Cependant, les craintes d'une mise en concurrence des diplômés ou étudiants français sont plutôt anciennes. A ces craintes s'ajoute celle d'une moindre qualité des soins du fait des hétérogénéités observées dans le contenu des formations européennes.

Les mobilités internationales sont des dynamiques très mouvantes. Ainsi la part des Roumains dans les nouveaux inscrits se réduit légèrement chez les médecins et les chirurgiens-dentistes tandis que les professionnels formés dans le sud de l'Europe (et tout particulièrement en Espagne) sont de plus en plus représentés du fait probablement des phénomènes migratoires engendrés par la crise économique de 2008. De même, le suivi de la cohorte des inscrits en 2012 montre que les diplômés à l'étranger seraient plus « mobiles » que les diplômés en France et pourraient s'inscrire dans des « carrières itinérantes » à l'image de nombre de PADHUE (Cottureau, 2015). Cette variabilité des flux rend donc très difficile la réalisation de projections réalistes s'agissant de la démographie des professionnels de santé.

L'enjeu et la question du sens du numerus clausus se pose aujourd'hui soit :

- sous l'angle de sa suppression pure et simple, proposée par l'inspection générale des finances en 2013 (IgF, 2013), afin de ne pas défavoriser ceux qui étudient en France par rapport aux diplômés d'autres pays dans lesquels les règles de numerus clausus sont plus favorables où ne s'appliquent pas (notamment la Belgique, l'Espagne et la Roumanie) et où la sélection serait moins sévère ;
- sous l'angle de son augmentation, qui correspond à la réponse actuelle du ministère de la Santé ;
- sous l'angle d'un numerus clausus harmonisé entre les différents pays de l'UE prenant en compte les flux de professionnels intra-communautaires.

Aujourd'hui il semble que ce soient essentiellement les capacités de l'offre de soins et de la formation qui soient les moteurs des flux entrants et sortants de professionnels en France et en Europe.

ANNEXES

Annexe 1 : Textes législatifs et réglementaires

Rapports parlementaires et publics

- Discours C. Rapport du Sénat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, adopté par l'Assemblée nationale. Rapport 58 (98-99), Tome I, commission des affaires sociales. 1998.
- Sénat (2008), La démographie médicale. Étude de législation comparée n°185. 2008, 45 p.
- Daudigny Y. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale 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. Rapport du Sénat n°274. 2012, 46 p.
- Ena. La régulation de l'offre de soins de premier recours. Promotion 2008/2010. 46p.
- Door J.-P. Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales 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. Rapport de l'Assemblée nationale n°4152. 2012, 37p.
- Inspection générale des finances. Rapport n°2012 M 057 03. Les professions réglementées. Tome 1. 2013, 114 p.

Décisions de justice

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

- Décision n°2011-642 DC du 15 décembre 2011.

COUR DE JUSTICE COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE

- 06.10.1981, Broekmeulen 246/80, *Recueil*, 1981, p. 02311. Directive « médecins » 75/362/CEE (devenue directive 93/15/CEE)
- 30.04.1986, Commission/France 96/85, *Recueil*, 1986, p. 01475.
- 12.06.1986, Bertini 98, 162 et 258/85, *Recueil*, 1986, p. 01885
- Arrêt du 3.10.1990 - Affaire C-61/89, Bouchouca, n°12
- Arrêt du 30.4.1986- Affaire 96/85, Commission/France, n°10
- Arrêt du 30.4.1986 - Affaire 96/85, Commission/France, n°13
- Arrêt du 30.4.1986- Affaire 96/85, Commission/France, n°14
- Arrêt du 30.4.1986 - Affaire 96/85, Commission/France, n°16
- Arrêt du 4.12.1986 - Affaire 252/83, Commission/Danemark, n°16
- Arrêt du 4.12.1986 - Affaire 205/84, Commission/Allemagne, n°25
- Arrêt du 15.10.1986 - Affaire 168/85, Commission/Italie, n°11
- Arrêt du 18.1.1979 - Affaires jointes 110/78 et 111/78, Van Wesemael, n° 25-26
- 16.06.1992, Commission/Luxembourg C-351/90, *Recueil*, 1992, p. I-03945.
- 09.02.1994, Haim C-319/92, *Recueil*, 1994, p. I-00425. Directive « chirurgiens-dentistes » 78/686/CEE
- 09.02.1994, Tawil-Albertini C-154/93, *Recueil*, 1994, p. I-00451. Directive « chirurgiens-dentistes » 78/686/CEE
- 16.07.1998, Fédération belge des chambres syndicales de médecins C-93/97, *Recueil*, 1998, p. I-04837. Directive « médecins » 93/16/CEE
- 04.07.2000, Haim II C-424/97, *Recueil*, 2000, p. I-05123. Directive « chirurgiens-dentistes » 78/686/CEE

- 14.09.2000, Hocsmán C-238/98, *Recueil*, 2000, p. I-06623. Article 43 CE (ex-article 52), directive « médecins » 93/16/CEE, Diplôme de pays tiers
- 18.01.2001, Commission/Italie C-162/99, *Recueil*, 2001, p. I-00541. Dentistes, Condition de résidence

Directives européennes

- Directive européenne 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Disponible sur : <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32005L0036>.
- Directive européenne n°81-1057 du 14 décembre 1981 complétant les directives 75362 CEE, 77452 CEE, 78686 CEE et 781026 CEE concernant la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres respectivement de médecin, d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire et de vétérinaire, en ce qui concerne les droits acquis. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B8C2C2CF5727CA545DB63F2FD8898D2F.tpdila17v_1?cidTexte=JORFTEXT000000705086&dateTexte=>
- Directive européenne n°82-76 du 26 janvier 1982 n°8276 modifiant la directive 75362 CEE visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services, ainsi que de la directive 75363 CEE visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du médecin. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B8C2C2CF5727CA545DB63F2FD8898D2F.tpdila17v_1?cidTexte=JORFTEXT000000706081&dateTexte=>
- Directive européenne n°89-594 du 30 octobre 1989 modifiant les directives 75362 CEE, 77452 CEE, 78686 CEE, 781026 CEE et 80154 CEE concernant la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres respectivement de médecin, d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire et de sage-femme, ainsi que les directives 75363 CEE, 781027 CEE et 80155 CEE visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités respectivement du médecin, du vétérinaire et de la sage-femme. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B8C2C2CF5727CA545DB63F2FD8898D2F.tpdila17v_1?cidTexte=JORFTEXT000000705104&dateTexte=>
- Directive européenne n°90-658 du 4 décembre 1990 prévoyant des adaptations, en raison de l'unification allemande, de certaines directives relatives à la reconnaissance mutuelle des diplômes. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B8C2C2CF5727CA545DB63F2FD8898D2F.tpdila17v_1?cidTexte=JORFTEXT000000888555&dateTexte=>
- Directive européenne n°93-16 du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B8C2C2CF5727CA545DB63F2FD8898D2F.tpdila17v_1?cidTexte=JORFTEXT000000514765&dateTexte=>
- Directive 75/362/CEE du Conseil, du 16 juin 1975, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000319785&dateTexte=>>
- Directive 81/1057/CEE du Conseil, du 14 décembre 1981, complétant les directives 75/362/CEE, 77/452/CEE, 78/686/CEE et 78/1026/CEE concernant la reconnaissance mutuelle des diplômes,

certificats et autres titres respectivement de médecin, d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire et de vétérinaire, en ce qui concerne les droits acquis.

Disponible

sur :<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000705086&categorieLien=id>>

- Directive 78/686/CEE du Conseil, du 25 juillet 1978, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres du praticien de l'art dentaire et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services.
Disponible
sur :<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000888499&dateTexte=>>>

Textes nationaux

- Ordonnance n°2008-507 du 30 mai 2008 portant transposition de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles
NOR: ECEX0805383R
J.O. du 31/05/2008 texte n°0126 (page 9009)
- Arrêté du 21 septembre 2007 modifiant l'arrêté du 13 octobre 2005 fixant la composition du dossier à fournir à la commission compétente pour l'examen des demandes présentées par les personnes mentionnées aux articles L. 4111-2 (II) et L. 4221-14-2 du Code de la santé publique en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien
NOR SJSH0766235A
J.O. du 07/11/2007 texte : n°27 (page 18240)
(*Modification des art. 1er et 2*)
- Circulaire DHOS/P2 n°2007-201 du 15 mai 2007 relative à la mise en extinction du dispositif d'autorisations de recrutement en qualité d'infirmier de médecins titulaires d'un diplôme extracommunautaire de docteur en médecine par des établissements de santé, publics et privés, et précisant les dispositions applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers titulaires de diplômes extracommunautaires
Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n°2007/7 (pages 139-140)
(*Abrogation du point IV de la circulaire n° 1510 du 11 juin 1975, de la circulaire n°85-371 du 19 février 1985 relative à l'exercice d'une activité paramédicale par des personnes titulaires d'un diplôme de médecin ne leur permettant pas d'exercer leur activité en France et qui demandent de bénéficier des dispositions de la loi n°72-661 du 13 juillet 1972, de la circulaire du 27 décembre 1984 relative à l'exercice d'une activité paramédicale par les titulaires d'un diplôme d'infirmier étranger et de la circulaire DHOS-P 2 n°2001-388 du 1er août 2001 relative à l'exercice en qualité d'infirmier des personnes titulaires d'un diplôme de médecin ne leur permettant pas d'exercer leur activité en France*)
- Arrêté du 6 avril 2007 modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins
NOR SANH0751621A
J.O. du 18/04/2007 texte : n°30 (pages 6960/6961)
(*Modification des art. 1er et 8 et insertion de l'art. 11-1*)
- Arrêté du 5 mars 2007 fixant les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française prévues aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du Code de la santé publique
NOR SANH0721022A

J.O. du 17/03/2007 texte : n°26 (pages 4977/4980)

(Dispositions applicables aux candidats à l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien - Application des art. D. 4111-1 et s. et D. 4221-1 et s. du Code de la santé publique - Abrogation de l'arrêté du 21 juillet 2004 fixant les conditions de déroulement des épreuves de contrôle des connaissances pour les personnes françaises ou étrangères non titulaires du diplôme français d'État pour l'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme et de pharmacien)

- Circulaire DHOS/M1/M2/DPM/DMI 2 n°2007-85 du 1er mars 2007 relative aux conditions d'exercice et de recrutement en France des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens

Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n°2007/4 (pages 39-48)

(Conditions dans lesquelles les établissements publics de santé peuvent recruter des personnes titulaires de diplômes hors Union européenne - Abrogation de la circulaire DHOS-M-1-M-2 n° 2004-633 du 27 décembre 2004 relative à la situation des médecins, pharmaciens et odontologistes à diplôme étranger, non autorisés à exercer leur profession en France, dans les établissements publics de santé)

- Arrêté du 26 février 2007 fixant la composition du dossier à fournir à la commission d'autorisation d'exercice et au Conseil supérieur de la pharmacie compétents pour l'examen des demandes présentées en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien

NOR SANH0721006A

J.O. du 16/03/2007 texte : n°11 (pages 4925/4927)

(Application des I et I bis de l'art. L. 4111-2 et de l'art. L. 4221-12 du Code de la santé publique - Abrogation de l'arrêté du 14 juin 2006 fixant la composition du dossier à fournir à la commission d'autorisation d'exercice et au Conseil supérieur de la pharmacie compétents pour l'examen des demandes présentées par les personnes mentionnées au I de l'article L. 4111-2 et à l'article L. 4221-12 du Code de la santé publique en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien)

- Arrêté du 13 février 2007 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de pharmacien délivrés par les États membres de l'Union européenne, les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse visée à l'article L. 4221-4 (1°) du Code de la santé publique

NOR SANH0720838A

J.O. du 24/02/2007 texte : n°50 (pages 3387/3389)

(Abrogation de l'arrêté du 9 septembre 1996 fixant la liste des diplômes, certificats ou autres titres de pharmacien délivrés par les États membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen susceptibles d'ouvrir droit à l'exercice de la profession de pharmacien en France aux ressortissants desdits États)

- Arrêté du 13 février 2007 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme délivrés par les États membres de l'Union européenne, les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, visée à l'article L. 4151-5 (2°) du Code de la santé publique

NOR SANH0720839A

J.O. du 24/02/2007 texte : n°49 (pages 3383/3386)

(Abrogation de l'arrêté du 7 décembre 1984 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme délivrés par les États membres de la Communauté économique européenne, visés à l'article L. 356-2 (3°) du Code de la santé publique)

- Arrêté du 12 février 2007 modifiant l'arrêté du 13 octobre 2005 fixant la composition du dossier à fournir à la commission compétente pour l'examen des demandes présentées par les

personnes mentionnées aux articles L. 4111-2 (II) et L. 4221-14-2 du Code de la santé publique en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien

NOR [SANH0720739A](#)

J.O. du 24/02/2007 texte : [n°48](#) (page 3383)

(Modification du 9^e alinéa de l'annexe)

- Arrêté du 13 juin 2006 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2005 fixant le calendrier et les modalités d'affectation des candidats à la procédure d'autorisation d'exercice de la médecine et de la pharmacie

NOR [SANH0622482A](#)

J.O. du 27/06/2006 texte : [n°26](#) (page 9634) *(Modification des art. 1er et 2, abrogation des art. 5 et 7 et transfert des art. 6 et 8 respectivement aux art. 5 et 6)*

- Arrêté du 17 mai 2006 fixant les modalités d'évaluation des fonctions hospitalières prévues aux articles D. 4111-17 et D. 4221-11 du Code de la santé publique

NOR [SANH0622117A](#)

J.O. du 27/06/2006 texte : [n°17](#) (pages 9631/9632)

(Evaluation des fonctions hospitalières des candidats [ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne titulaires d'un diplôme, titre ou certificat délivré par un État tiers et reconnu par un État membre] à l'autorisation d'exercice de la profession de médecin - Application de l'art. D. 4111-17 du Code de la santé publique)

- Arrêté du 7 avril 2006 modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins

NOR [SANH0621539A](#)

J.O. du 26/04/2006 texte : [n°47](#) (page 6278)

(Ajout d'un 6 à l'art. 1er)

- Arrêté du 30 novembre 2005 fixant le calendrier et les modalités d'affectation des candidats à la procédure d'autorisation d'exercice de la médecine et de la pharmacie

NOR [SANH0524116A](#)

J.O. du 01/12/2005 texte : [n°31](#) (page 18602)

(Application de l'art. D. 4111-7-1 du Code de la santé publique)

- Arrêté du 13 octobre 2005 fixant la composition du dossier à fournir à la commission compétente pour l'examen des demandes présentées par les personnes mentionnées aux articles L. 4111-2 (II) et L. 4221-14-2 du Code de la santé publique en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien

NOR [SANH0523849A](#)

J.O. du 01/11/2005 texte : [n°12](#) (page 17252)

(Reconnaissance, en vue de l'exercice en France d'une profession médicale ou de la profession de pharmacien, des diplômes des ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne délivrés par un État tiers mais reconnus dans un État membre autre que la France - Application du II de l'art. L. 4111-2 du Code de la santé publique)

- Arrêté du 13 juillet 2005 modifiant l'arrêté du 21 juillet 2004 fixant les conditions de déroulement des épreuves de contrôle des connaissances mentionnées aux articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du Code de la santé publique

NOR [SANH0522612A](#)

J.O. du 12/08/2005 texte : [n°32](#) (pages 13142/13144)

(Modification des I, IV, VI, XII, XIII, XVI et XVII; remplacement du II et modification de l'annexe I)

- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

NOR SANP0422530D

J.O. du 08/08/2004 texte : n°5 (pages 14151/14153)

- (Art. 5 (A, 36°) : Abrogation, et codification aux art. R. 4112-9 à R. 4112-12 et R. 4126-2 à R. 4126-4 du Code de la santé publique, du décret n° 86-122 du 23 janvier 1986 fixant les modalités de la déclaration prévue à l'article L. 356-1 du Code de la santé publique et du régime disciplinaire des praticiens prestataires de services ressortissants de la Communauté économique européenne
- art. 5 (A, 81°) : Abrogation, et codification aux art. D. 4111-1 à D. 4111-14 du Code de la santé publique, du décret n° 2004-508 du 8 juin 2004 portant application des articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du Code de la santé publique et relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien
- art. 6 (A, 3°) : Abrogation du décret n°73-642 du 5 juillet 1973 portant application de l'article L. 356 du Code de la santé publique, complété par l'article 1er-II de la loi n° 72-661 du 13 juillet 1972 relative à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme - Abrogation implicite de l'arrêté du 21 décembre 1989 relatif à la composition des commissions prévues par l'article L. 356 du Code de la santé publique, complété par l'article 1er (II) de la loi n°72-661 du 13 juillet 1972
- art. 6 (A, 13°) : Abrogation du décret n° 94-868 du 7 octobre 1994 définissant les épreuves prévues à l'article L. 356 (2°) du Code de la santé publique relatif à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme - Abrogation implicite des textes suivants :
 - *arrêté du 20 octobre 1994 fixant les conditions de déroulement des épreuves prévues à l'article 1^{er} du décret n°94-868 du 7 octobre 1994 pour les personnes françaises ou étrangères non titulaires d'un diplôme français d'État de sage-femme ;*
 - *arrêté du 13 avril 1995 fixant les conditions de déroulement des épreuves de contrôle des connaissances pour les personnes françaises ou étrangères non titulaires d'un diplôme français d'État de docteur en médecine ;*
 - *arrêté du 18 avril 1995 concernant la procédure à suivre devant les commissions prévues par l'article L. 356 du Code la santé publique ;*
 - *arrêté du 21 juin 2000 fixant les conditions de déroulement des épreuves de contrôle des connaissances pour les personnes françaises ou étrangères non titulaires d'un diplôme français d'État de docteur en chirurgie dentaire ;*
 - *arrêté du 12 janvier 2001 relatif à la composition des commissions prévues par l'article 1er-II de la loi n°72-661 du 13 juillet 1972 relative à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme).*
- Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins
NOR SANH0422283A
J.O. du 31/07/2004 texte : n°42 (pages 13654/13655)
(Application du décret n°2004-252 du 19 mars 2004)
- Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste
NOR SANH0420669D
J.O. du 21/03/2004 Page : 5508 (Dispositions applicables aux personnes autorisées à exercer la médecine en France - Application du 4° de l'art. L. 632-12 du Code de l'éducation)
- Arrêté du 10 décembre 1998 autorisant la mise en place d'un système de gestion informatisée de la délivrance des autorisations d'exercer la médecine en France
NOR MESP9823941A
J.O. du 31/12/1998 Page : 20167
(Système dénommé « Junior-Senior »)

- Décret n°98-509 du 17 juin 1998 modifiant le décret n°84-177 du 2 mars 1984 pris en application de l'article L. 358 du Code de la santé publique
NOR MENS9801024D
J.O. du 25/06/1998 Page : 9669
(Modification des art. 4 et 8 - L'article L. 358 du Code de la santé publique a été recodifié à l'art. L. 4131-6 du même code)

Dispositions spécifiques aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens diplômés à l'étranger ou étrangers (textes non codifiés)

- Arrêté du 27 octobre 2014 relatif à la vérification du niveau de maîtrise de la langue française pour l'application des articles L. 4111-2-I et I bis, L. 4221-12 et L. 4221-9 du Code de la santé publique
NOR AFSH1425540A
J.O. du 07/11/2014 texte : 0258 ; 40 (page 18795)
(Vérification du niveau de maîtrise de la langue française pour l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien - Abrogation de l'arrêté du 29 avril 2010 relatif à la vérification du niveau de maîtrise de la langue française mentionnée au I de l'art. L. 4111-2 et à l'art. L. 4221-12 du Code de la santé publique)
- Décret du 22 septembre 2014 relatif à la procédure et aux commissions d'autorisation d'exercice pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien
NOR: AFSH1400808D
J.O. 24/09/2014 texte : 0221 ; (page 15541)
- Arrêté du 10 septembre 2013 modifiant l'arrêté du 13 juillet 2009 fixant les listes et les conditions de reconnaissance des titres de formation de médecin et de médecin spécialiste délivrés par les États membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 2° de l'article L. 4131-1 du Code de la santé publique
NOR AFSH1323213A
J.O. du 18/09/2013 texte : 0217 ; 14 (pages 15630/15631)
[Prise en compte des diplômes délivrés par la Croatie - Modification de l'intitulé (remplacement des mots : « la communauté européenne » par les mots : « l'Union européenne »), des art. 1er, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9 et des annexes I, II, III, IV et V]
- Arrêté du 10 septembre 2013 modifiant l'arrêté du 13 juillet 2009 fixant la liste et les conditions de reconnaissance des titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par les États membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 3° de l'article L. 4141-3 du Code de la santé publique
NOR AFSH1323217A
JO du 18/09/2013 texte : 0217 ; 13 (page 15630)
(Prise en compte des diplômes délivrés par la Croatie - Modification de l'intitulé [remplacement des mots : « la communauté européenne » par les mots : « l'Union européenne »], des art. 1er, 2, 3 et 4 et de l'annexe)
- Arrêté du 10 septembre 2013 modifiant l'arrêté du 13 février 2007 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de pharmacien délivrés par les États membres de l'Union européenne, les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse visée à l'article L. 4221-4 (1°) du Code de la santé publique
NOR AFSH1323214A
JO du 18/09/2013 texte : 0217 ; 12 (pages 15629/15630)
(Prise en compte des diplômes délivrés par la Croatie - Modification des art. 1er et 5 et de l'annexe)

- Arrêté du 10 septembre 2013 modifiant l'arrêté du 13 février 2007 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme délivrés par les États membres de l'Union européenne, les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, visée à l'article L. 4151-5 (2°) du Code de la santé publique
 NOR [AFSH1323221A](#)
 JO du 18/09/2013 texte : 0217 ; 11 (page 15629)
(Prise en compte des diplômes délivrés par la Croatie - Modification des art. 1er, 2, 3, 7, 8 et 9 et des annexes I et II)

- Arrêté du 3 juillet 2012 fixant la composition du dossier à fournir dans le cadre de l'épreuve de vérification des connaissances prévue en application de la loi n° 2012-157 du 1er février 2012 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
 NOR [AFSH1228054A](#)
 JO du 12/07/2012 texte : 0161 ; 2 (pages 11401/11409)
 Rectif. : JO 14/07/2012 texte 163 ; 20 (page 11590)

- Arrêté du 8 juin 2012 modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins
 NOR [AFSH1225482A](#)
 JO du 22/06/2012 texte : 0144 ; 7 (page 10296)
(Modification des art. 1er, 2, 3, 4, 10 et 11-1)

- Arrêté du 2 mai 2012 modifiant l'arrêté du 5 mars 2007 modifié fixant les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances prévues aux articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du Code de la santé publique et fixant les modalités de l'épreuve de vérification des connaissances prévue en application de la loi n° 2012-157 du 1er février 2012 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
 NOR [ETSH1222548A](#)
 JO du 10/05/2012 texte : 0109 ; 116 (pages 8790/8791)
(Modification des art. 4, 8, 9, 12, 13, 14, 18, 19, 22; remplacement des art. 5, 21, 25 à 29 et abrogation de l'annexe I)

- Arrêté du 27 mai 2011 modifiant l'arrêté du 27 avril 2010 fixant les modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation pour l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des ressortissants des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen
 NOR [ETSH1114776A](#)
 JO du 08/06/2011 texte : 0132 ; 17 (page 9741)
(Modification des art. 1er et 2)

- Arrêté du 23 septembre 2010 fixant la composition du dossier à fournir pour l'examen des demandes présentées par les titulaires de titres de formation obtenus dans la province de Québec en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme
 NOR [SASH1018532A](#)
 JO du 26/09/2010 texte : 0224 ; 15 (pages 17479/17483)
(Application de l'art. D. 4211-22 du Code de la santé publique)

- Arrêté du 29 avril 2010 modifiant l'arrêté du 5 mars 2007 fixant les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française prévues aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du Code de la santé publique
 NOR SASH1011409A
 JO du 30/04/2010 texte : 0101 ; 50 (pages 7879/7880)
(Modification de l'intitulé qui devient : "... fixant les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances prévues aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du Code de la santé publique» - Modification des art. 1er, 10, 17 et 18 et remplacement de l'art. 6)
- Arrêté du 27 avril 2010 fixant les modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation pour l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des ressortissants des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen
 NOR SASH1011410A
 JO du 29/04/2010 texte : 0100 ; 34 (pages 7770/7773)
- Arrêté du 8 mars 2010 modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins
 NOR SASH1006514A
 JO du 16/03/2010 texte : 0063 ; 40 (page 4997)
(Modification des art. 1er et 11-1)
- Arrêté du 19 février 2010 modifiant l'arrêté du 20 janvier 2010 relatif à la déclaration préalable de prestation de services pour l'exercice de la profession de pharmacien
 NOR: SASH1005042A
- Arrêté du 20 janvier 2010 relatif à la déclaration préalable de prestation de services pour l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme
 NOR SASH1001978A
 JO du 03/02/2010 texte : 0028 ; 46 (pages 2038/2039)
(Déclaration préalable faite par les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen exerçant en France sans être inscrit au tableau de l'ordre correspondant - Application de l'art. R. 4112-9 du Code de la santé publique - Abrogation de l'arrêté du 25 octobre 2007 relatif à la déclaration préalable prévue à l'article R. 4112-9 du Code de la santé publique)
- Décret du 29 juillet 2009 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants des États membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, de directeur et directeur adjoint de laboratoire d'analyses de biologie médicale
 NOR: SASH0915770D
 J.O. du 02/08/2009 texte : 0177 ; (page 12921)
- Arrêté du 13 juillet 2009 fixant les listes et les conditions de reconnaissance des titres de formation de médecin et de médecin spécialiste délivrés par les États membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 2° de l'article L. 4131-1 du Code de la santé publique
 NOR SASH0915417A
 JO du 31/07/2009 texte : 0175 ; 44 (pages 12821/12836)
(Abrogation des arrêtés suivants :

- Arrêté du 18 juin 1981 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin spécialiste qui, délivrés conformément aux obligations communautaires aux ressortissants des États membres de la Communauté économique européenne par lesdits États, ont en France le même effet que les diplômes, certificats ou autres titres français de médecin spécialiste ;
 - Arrêté du 6 août 1985 complétant et modifiant l'arrêté du 18 juin 1981 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin spécialiste qui, délivrés conformément aux obligations communautaires aux ressortissants des États membres de la Communauté économique européenne par lesdits États, ont en France le même effet que les diplômes, certificats ou autres titres français de médecin spécialiste ;
 - Arrêté du 15 mai 1986 complétant et modifiant l'arrêté du 18 juin 1981 modifié par l'arrêté du 6 août 1985 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin spécialiste qui, délivrés conformément aux obligations communautaires aux ressortissants des États membres de la Communauté économique européenne par lesdits États, ont en France le même effet que les diplômes, certificats ou autres titres français de médecin spécialiste ;
 - Arrêté du 15 septembre 1998 modifiant l'arrêté du 18 juin 1981 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin spécialiste qui, délivrés conformément aux obligations communautaires aux ressortissants des États membres de la Communauté européenne par lesdits États, ont en France le même effet que les diplômes, certificats ou autres titres français de médecin spécialiste ;
 - Arrêté du 10 mai 1999 modifiant l'arrêté du 18 juin 1981 modifié fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin spécialiste qui, délivrés conformément aux obligations communautaires aux ressortissants des États membres de la Communauté européenne par lesdits États, ont en France le même effet que les diplômes, certificats ou autres titres français de médecin spécialiste ;
 - Arrêté du 29 août 2000 modifiant l'arrêté du 18 juin 1981 modifié fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin spécialiste qui, délivrés conformément aux obligations communautaires aux ressortissants des États membres de la Communauté européenne par lesdits États, ont en France le même effet que les diplômes, certificats ou autres titres français de médecin spécialiste).
- Arrêté du 13 juillet 2009 fixant la liste et les conditions de reconnaissance des titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par les États membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 3° de l'article L. 4141-3 du Code de la santé publique
 NOR SASH0915401A
 JO du 31/07/2009 texte : 0175 ; 42 (pages 12815/12818)
 (Abrogation des arrêtés suivants :
- Arrêté du 6 février 1981 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de praticien de l'art dentaire délivrés par les États membres de la Communauté économique européenne, visée à l'article L. 356-2 (2°) du Code de la santé publique ;
 - Arrêté du 15 mai 1986 complétant l'arrêté du 6 février 1981 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de praticien de l'art dentaire délivrés par les États membres de la Communauté économique européenne, visée à l'article L. 356-2 (2°) du Code de la santé publique ;
 - Arrêté du 31 juillet 1990 modifiant l'arrêté du 6 février 1981, modifié par l'arrêté du 15 mai 1986, fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de praticien de l'art dentaire délivrés par les États membres de la Communauté économique européenne, visée à l'article L. 356-2 (2°) du Code de la santé publique ;

- Arrêté du 9 mai 1994 portant modification des arrêtés du 18 juin 1981 et du 6 février 1981 fixant respectivement les listes des diplômes, certificats et autres titres de médecins et de chirurgiens-dentistes délivrés par les États membres de la Communauté européenne, visées à l'article L. 356-2 du Code de la santé publique, pour la mise en œuvre de l'accord sur l'Espace économique européen ;
 - Arrêté du 19 novembre 1997 complétant l'arrêté du 6 février 1981 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de praticien de l'art dentaire délivrés par les États membres de la Communauté européenne, visée à l'article L. 356-2 (2°) du Code de la santé publique)
- Décret n°2009-631 du 6 juin 2009 relatif à certaines commissions administratives à caractère consultatif relevant du ministère de la santé et des sports
NOR [SASX0912394D](#)
JO du 07/06/2009 texte : 0130 ; 16
(Prorogation, pour une durée de cinq ans, de la Commission d'autorisation d'exercice des ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne titulaires d'un diplôme, titre ou certificat délivré par un État tiers et reconnu par un État membre, instituée par l'art. L. 4111-2 du Code de la santé publique)
- Loi n°2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures
NOR [BCFX0824886L](#)
JO du 13/05/2009 texte : 0110 ; 1 (page 7933)
(art. 80 (I, 7°) : Suppression du dépôt de rapport devant le Parlement - Abrogation de l'art. 14 de la loi n°76-1288 du 31 décembre 1976 modifiant certaines dispositions du Code de la santé publique relatives à l'exercice des professions médicales)
- Arrêté du 30 septembre 2008 modifiant l'arrêté du 5 mars 2007 fixant les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française prévues aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du Code de la santé publique
NOR [SJSH0823412A](#)
JO du 03/10/2008 texte : 0231 ; 31
(Dispositions applicables aux candidats à l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacie - Remplacement de l'art. 24)
- Arrêté du 21 septembre 2007 modifiant l'arrêté du 26 février 2007 fixant la composition du dossier à fournir à la commission d'autorisation d'exercice et au Conseil supérieur de la pharmacie compétents pour l'examen des demandes présentées en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien
NOR [SJSH0766226A](#)
J.O. du 24/11/2007 texte : n°32 (page 19216)
(Modification de l'art. 3)
- Arrêté du 21 septembre 2007 modifiant l'arrêté du 13 octobre 2005 fixant la composition du dossier à fournir à la commission compétente pour l'examen des demandes présentées par les personnes mentionnées aux articles L. 4111-2 (II) et L. 4221-14-2 du Code de la santé publique en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien
NOR [SJSH0766235A](#)
J.O. du 07/11/2007 texte : n°27 (page 18240)
(Modification des art. 1er et 2)

- Circulaire DHOS/P2 n°2007-201 du 15 mai 2007 relative à la mise en extinction du dispositif d'autorisations de recrutement en qualité d'infirmier de médecins titulaires d'un diplôme extracommunautaire de docteur en médecine par des établissements de santé, publics et privés, et précisant les dispositions applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers titulaires de diplômes extracommunautaires
Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n°2007/7 p. 139-140
(Abrogation du point IV de la circulaire n° 1510 du 11 juin 1975, de la circulaire n° 85-371 du 19 février 1985 relative à l'exercice d'une activité paramédicale par des personnes titulaires d'un diplôme de médecin ne leur permettant pas d'exercer leur activité en France et qui demandent de bénéficier des dispositions de la loi n° 72-661 du 13 juillet 1972, de la circulaire du 27 décembre 1984 relative à l'exercice d'une activité paramédicale par les titulaires d'un diplôme d'infirmier étranger et de la circulaire DHOS-P 2 n° 2001-388 du 1er août 2001 relative à l'exercice en qualité d'infirmier des personnes titulaires d'un diplôme de médecin ne leur permettant pas d'exercer leur activité en France)
- Arrêté du 6 avril 2007 modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins
 - NOR SANH0751621A
J.O. du 18/04/2007 texte : n°30 (pages 6960/6961)
(Modification des art. 1er et 8 et insertion de l'art. 11-1)
- Arrêté du 5 mars 2007 fixant les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française prévues aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du Code de la santé publique
NOR SANH0721022A
J.O. du 17/03/2007 texte : n°26 (pages 4977/4980)
(Dispositions applicables aux candidats à l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien - Application des art. D. 4111-1 et s. et D. 4221-1 et s. du Code de la santé publique - Abrogation de l'arrêté du 21 juillet 2004 fixant les conditions de déroulement des épreuves de contrôle des connaissances pour les personnes françaises ou étrangères non titulaires du diplôme français d'État pour l'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme et de pharmacien)
- Circulaire DHOS/M 1/M 2/DPM/DMI 2 n°2007-85 du 1er mars 2007 relative aux conditions d'exercice et de recrutement en France des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens
Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2007/4 p. 39-48
(Conditions dans lesquelles les établissements publics de santé peuvent recruter des personnes titulaires de diplômes hors Union européenne - Abrogation de la circulaire DHOS-M-1-M-2 n°2004-633 du 27 décembre 2004 relative à la situation des médecins, pharmaciens et odontologistes à diplôme étranger, non autorisés à exercer leur profession en France, dans les établissements publics de santé)
- Arrêté du 26 février 2007 fixant la composition du dossier à fournir à la commission d'autorisation d'exercice et au Conseil supérieur de la pharmacie compétents pour l'examen des demandes présentées en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien
NOR SANH0721006A
J.O. du 16/03/2007 texte : n°11 (pages 4925/4927)
(Application des I et I bis de l'art. L. 4111-2 et de l'art. L. 4221-12 du Code de la santé publique - Abrogation de l'arrêté du 14 juin 2006 fixant la composition du dossier à fournir à la commission d'autorisation d'exercice et au Conseil supérieur de la pharmacie compétents pour l'examen des demandes présentées par les personnes mentionnées au I de l'article L. 4111-2 et à l'article

L. 4221-12 du Code de la santé publique en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien)

- Arrêté du 13 février 2007 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de pharmacien délivrés par les États membres de l'Union européenne, les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse visée à l'article L. 4221-4 (1°) du Code de la santé publique
NOR [SANH0720838A](#)
J.O. du 24/02/2007 texte : [n°50](#) (pages 3387/3389)
(Abrogation de l'arrêté du 9 septembre 1996 fixant la liste des diplômes, certificats ou autres titres de pharmacien délivrés par les États membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen susceptibles d'ouvrir droit à l'exercice de la profession de pharmacien en France aux ressortissants desdits États)
- Arrêté du 13 février 2007 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme délivrés par les États membres de l'Union européenne, les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, visée à l'article L. 4151-5 (2°) du Code de la santé publique
NOR [SANH0720839A](#)
J.O. du 24/02/2007 texte : [n°49](#) (pages 3383/3386)
(Abrogation de l'arrêté du 7 décembre 1984 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme délivrés par les États membres de la Communauté économique européenne, visés à l'article L. 356-2 (3°) du Code de la santé publique)
- Arrêté du 12 février 2007 modifiant l'arrêté du 13 octobre 2005 fixant la composition du dossier à fournir à la commission compétente pour l'examen des demandes présentées par les personnes mentionnées aux articles L. 4111-2 (II) et L. 4221-14-2 du Code de la santé publique en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien
NOR [SANH0720739A](#)
J.O. du 24/02/2007 texte : [n°48](#) (page 3383)
(Modification du 9^e alinéa de l'annexe)
- Arrêté du 13 juin 2006 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2005 fixant le calendrier et les modalités d'affectation des candidats à la procédure d'autorisation d'exercice de la médecine et de la pharmacie
NOR [SANH0622482A](#)
J.O. du 27/06/2006 texte : [n°26](#) (page 9634)
(Modification des articles 1er et 2, abrogation des art. 5 et 7 et transfert des art. 6 et 8 respectivement aux art. 5 et 6)
- Arrêté du 17 mai 2006 fixant les modalités d'évaluation des fonctions hospitalières prévues aux articles D. 4111-17 et D. 4221-11 du Code de la santé publique
NOR [SANH0622117A](#)
J.O. du 27/06/2006 texte : [n°17](#) (pages 9631/9632)
(Évaluation des fonctions hospitalières des candidats [ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne titulaires d'un diplôme, titre ou certificat délivré par un État tiers et reconnu par un État membre] à l'autorisation d'exercice de la profession de médecin - Application de l'art. D. 4111-17 du Code de la santé publique)
- Arrêté du 7 avril 2006 modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins
NOR [SANH0621539A](#)
J.O. du 26/04/2006 texte : [n°47](#) (page 6278) *(Ajout d'un 6 à l'art. 1er)*

- Arrêté du 30 novembre 2005 fixant le calendrier et les modalités d'affectation des candidats à la procédure d'autorisation d'exercice de la médecine et de la pharmacie
NOR SANH0524116A
J.O. du 01/12/2005 texte : n°31 (page 18602)
(Application de l'art. D. 4111-7-1 du Code de la santé publique)
- Arrêté du 13 octobre 2005 fixant la composition du dossier à fournir à la commission compétente pour l'examen des demandes présentées par les personnes mentionnées aux articles L. 4111-2 (II) et L. 4221-14-2 du Code de la santé publique en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien
NOR SANH0523849A
J.O. du 01/11/2005 texte : n°12 (page 17252)
(Reconnaissance, en vue de l'exercice en France d'une profession médicale ou de la profession de pharmacien, des diplômes des ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne délivrés par un État tiers mais reconnus dans un État membre autre que la France - Application du II de l'art. L. 4111-2 du Code de la santé publique)
- Arrêté du 13 juillet 2005 modifiant l'arrêté du 21 juillet 2004 fixant les conditions de déroulement des épreuves de contrôle des connaissances mentionnées aux articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du Code de la santé publique
NOR SANH0522612A
J.O. du 12/08/2005 texte : n°32 (pages 13142/13144)
(Modification des I, IV, VI, XII, XIII, XVI et XVII ; remplacement du II et modification de l'annexe I)
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code
NOR SANP0422530D
J.O. du 08/08/2004 texte : n°5 (pages 14151/14153)
 - (Art. 5 (A, 36°) : Abrogation, et codification aux art. R. 4112-9 à R. 4112-12 et R. 4126-2 à R. 4126-4 du Code de la santé publique, du décret n°86-122 du 23 janvier 1986 fixant les modalités de la déclaration prévue à l'article L. 356-1 du Code de la santé publique et du régime disciplinaire des praticiens prestataires de services ressortissants de la Communauté économique européenne
 - art. 5 (A, 81°) : Abrogation, et codification aux art. D. 4111-1 à D. 4111-14 du Code de la santé publique, du décret n°2004-508 du 8 juin 2004 portant application des articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du Code de la santé publique et relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien
 - art. 6 (A, 3°) : Abrogation du décret n° 73-642 du 5 juillet 1973 portant application de l'article L. 356 du Code de la santé publique, complété par l'article 1er-II de la loi n°72-661 du 13 juillet 1972 relative à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme - Abrogation implicite de l'arrêté du 21 décembre 1989 relatif à la composition des commissions prévues par l'article L. 356 du Code de la santé publique, complété par l'article 1er (II) de la loi n°72-661 du 13 juillet 1972
 - art. 6 (A, 13°) : Abrogation du décret n° 94-868 du 7 octobre 1994 définissant les épreuves prévues à l'article L. 356 (2°) du Code de la santé publique relatif à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme - Abrogation implicite des textes suivants :
 - *arrêté du 20 octobre 1994 fixant les conditions de déroulement des épreuves prévues à l'article 1er du décret n° 94-868 du 7 octobre 1994 pour les personnes françaises ou étrangères non titulaires d'un diplôme français d'État de sage-femme ;*

- *arrêté du 13 avril 1995 fixant les conditions de déroulement des épreuves de contrôle des connaissances pour les personnes françaises ou étrangères non titulaires d'un diplôme français d'État de docteur en médecine ;*
 - *arrêté du 18 avril 1995 concernant la procédure à suivre devant les commissions prévues par l'article L. 356 du Code la santé publique*
 - *arrêté du 21 juin 2000 fixant les conditions de déroulement des épreuves de contrôle des connaissances pour les personnes françaises ou étrangères non titulaires d'un diplôme français d'État de docteur en chirurgie dentaire ;*
 - *arrêté du 12 janvier 2001 relatif à la composition des commissions prévues par l'article 1er-II de la loi n°72-661 du 13 juillet 1972 relative à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme).*
- Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins
NOR [SANH0422283A](#)
J.O. du 31/07/2004 texte : [n°42](#) (pages 13654/13655)
(Application du décret n°2004-252 du 19 mars 2004)
 - Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste
NOR [SANH0420669D](#)
J.O. du 21/03/2004 Page : [5508](#)
(Dispositions applicables aux personnes autorisées à exercer la médecine en France - Application du 4° de l'art. L. 632-12 du Code de l'éducation)
 - Arrêté du 10 décembre 1998 autorisant la mise en place d'un système de gestion informatisée de la délivrance des autorisations d'exercer la médecine en France
NOR [MESP9823941A](#)
J.O. du 31/12/1998 Page : [20167](#)
(Système dénommé « Junior-Senior »)
 - Décret n°98-509 du 17 juin 1998 modifiant le décret n°84-177 du 2 mars 1984 pris en application de l'article L. 358 du Code de la santé publique
NOR [MENS9801024D](#)
J.O. du 25/06/1998 Page : [9669](#)
(Modification des art. 4 et 8 - L'art. L. 358 du Code de la santé publique a été recodifié à l'art. L. 4131-6 du même code)
 - Arrêté du 8 août 1994 autorisant la mise en place d'un système de gestion informatisée des demandes d'autorisation d'exercer en France les professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme
NOR [SANP9402641A](#)
J.O. du 30/08/1994 Pages : [12537/12538](#)
 - Circulaire DSG/DESUP/531/OD du 31 décembre 1991 relative à la mise en place des stages de formation des médecins et pharmaciens étrangers ressortissants d'un pays n'appartenant pas à la CEE
Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n°92/5 (pages162-163)

- Arrêté du 3 juillet 1991 complétant l'arrêté du 18 juin 1981, modifié par les arrêtés des 6 août 1985, 15 mai 1986 et 31 juillet 1990, fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin délivrés par les États membres de la Communauté européenne, visée à l'article L. 356-2 (1°) du Code de la santé publique
 NOR [SANP9101486A](#)
 J.O. du 10/07/1991 Page : [8986](#)
(Modification de la liste figurant à l'art. 3 et insertion de l'art. 4 bis - Le 1° de l'art. L. 356-2 du Code de la santé publique a été recodifié à l'art. L. 4131-1 du même code)

- Arrêté du 11 juin 1991 fixant le nombre de médecins autorisés à exercer à l'hôpital américain de Paris en application de l'article L. 356 (alinéa 9) du Code de la santé publique
 NOR [SANP9101368A](#)
 J.O. du 28/06/1991 Page : [8355](#)
(Abrogation de l'arrêté du 5 octobre 1949 fixant le nombre de médecins américains autorisés à exercer à l'hôpital américain de Paris - L'art. L. 356 du Code de la santé publique a été recodifié à l'art. 4111-1 du même code)

- Arrêté du 31 juillet 1990 modifiant l'arrêté du 18 juin 1981 modifié fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin délivrés par les États membres de la Communauté économique européenne visée à l'article L. 356-2 (1°) du Code de la santé publique
 NOR [SPSP9001626A](#)
 J.O. du 06/09/1990 Pages : [10832/10833](#)
(Modification de la liste figurant à l'art. 3 et insertion d'un art. 3-1 - Le 1° de l'art. L. 356-2 du Code de la santé publique a été recodifié à l'art. L. 4131-1 du même code)

- Circulaire DSG/OB n°391 du 5 mars 1990 relative à l'activité paramédicale à temps partiel exercée par des médecins étrangers en AEPS (années d'études préparatoires à la spécialité)
 Bulletin officiel du ministère

Annexe 2 : Précisions sur l'exercice en France, par profession

Que les professionnels aient un diplôme français, un diplôme de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, ou qu'ils aient obtenu une autorisation individuelle d'exercer après une procédure d'autorisation d'exercice, il leur faut absolument, pour exercer de manière effective, être inscrit au tableau de l'Ordre de leur profession.

Cette inscription n'est pas automatique et se fait après examen du dossier de candidature par les Ordres. Ce dossier comporte différentes pièces, qui doivent notamment attester de la moralité du candidat et de sa capacité à manier le français. Les conditions d'inscription pour les quatre professions étudiées présentent des variations, la profession de pharmacien suivant un schéma plus nettement différencié des trois autres professions (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes).

Les informations suivantes sont présentées par les Ordres nationaux de chacune des 4 professions.

Les médecins

Informations extraites du site du Conseil national de l'Ordre des médecins : <<http://www.conseil-national.medecin.fr/>>

Exercer en France

La réglementation en vigueur par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 permet une reconnaissance des qualifications professionnelles obtenues au sein de l'Union européenne. Cette directive répertorie d'ailleurs dans son annexe V, la liste des diplômes homologués.

Le bénéficiaire, détenteur du diplôme, doit pouvoir justifier au moyen d'une attestation de l'État membre de l'UE, que toutes les conditions relatives aux formations prévues par les obligations communautaires ont été remplies (article 24 de la directive).

Pour exercer en France, le médecin doit satisfaire aux trois conditions cumulatives prévues à l'article L. 4111-1 du Code de la santé publique :

- avoir la nationalité prévue par cet article de loi ;
- être titulaire des diplômes prévus à l'article L. 4131-1 du Code de la santé publique ;
- être inscrit au tableau d'un Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Tous les médecins exerçant sur le territoire français doivent être inscrits au tableau de l'Ordre. Par dérogation, des médecins qui ne satisfont pas à l'ensemble de ces conditions peuvent être autorisés à exercer la profession de médecin, par arrêté individuel du ministre de la santé.

Sont dispensés de cette obligation :

- les médecins appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées (article L. 4112-6 du Code de la santé publique) ;
- les médecins ayant la qualité de fonctionnaire de l'État ou d'agent titulaire d'une collectivité locale qui ne sont pas appelés dans l'exercice de leurs fonctions à pratiquer la médecine ;
- les médecins ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Accord sur l'Espace économique européen effectuant une libre prestation de services (article L. 4112-7 du Code de la santé publique).

L'inscription au tableau de l'Ordre des médecins est obligatoire pour tout médecin qui souhaite exercer sur le territoire français. Un défaut d'inscription expose le médecin à une peine de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende. Si toutes ces conditions sont remplies, la pratique de la médecine en France pour un ressortissant européen est ouverte.

On note donc deux choix possibles pour les médecins souhaitant travailler en France :

- l'inscription à l'Ordre des médecins, qui permet la liberté d'établissement ;
- la libre prestation de service qui permet au médecin d'exécuter temporairement et occasionnellement, des actes de sa profession en France sans être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins.

Les listes des titres de formation de médecin, de médecin généraliste et de médecin spécialiste qui bénéficient du principe de reconnaissance automatique figurent aux annexes V, 5.1.1 à 5.1.4 de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 consolidée au 1^{er} janvier 2007 et ont été transposées en droit français (arrêté du 13 juillet 2009 fixant les listes et les conditions de reconnaissance des titres de formation de médecin et de médecin spécialiste délivrés par les États membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 2° de l'article L. 4131-1 du Code de la santé publique).

D'autres diplômes de médecin ne sont pas visés à l'article L. 4131-1 du Code de la santé publique mais sont néanmoins reconnus en France. Leur prise en compte résulte des accords signés par la France dans le cadre européen ou d'accords anciens de coopération en matière d'enseignement conclus avec des États avec lesquels elle entretient des liens particuliers.

Il s'agit des diplômes délivrés :

- en Suisse

Accord conclu le 21 juin 1999 entre la communauté européenne et ses États membres et la Confédération Helvétique, ratifié par la France (loi n°2001-1117 du 28 novembre 2001 – décret n° 2002-946 du 25 juin 2002).

- par les facultés de médecine d'Abidjan et de Dakar

Les diplômes de docteur en médecine délivrés jusqu'à l'année universitaire 1983-1984 sont reconnus valables de plein droit en France, par arrêtés du ministre chargé de la recherche et de l'enseignement supérieur. L'intéressé doit produire une attestation de la faculté de médecine confirmant qu'il a suivi un cursus d'études identique à celui prévu pour l'obtention du diplôme d'État français de Docteur en médecine.

- par l'université Saint Joseph de Beyrouth

Cette faculté, bien que située au Liban, délivrait des diplômes français de Docteur en médecine. En 1976, elle est devenue un établissement de droit libanais. Des mesures transitoires ont été accordées jusqu'en 1984 (la direction de l'enseignement supérieur a publié la liste des personnes ayant bénéficié des mesures précitées au cours des années 1975 à 1984). Les diplômes délivrés postérieurement au mois de septembre 1984 ne permettent pas à leurs titulaires d'être inscrits au tableau de l'Ordre des médecins français.

Précisions sur la libre prestation de service (LPS) pour les médecins

Les conditions de la libre prestation de service sont les suivantes:

- être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Suisse et titulaire de diplômes obtenus dans l'un de ces États ;
- être établi, c'est-à-dire exercer légalement la profession de médecin dans un État membre autre que la France.

Avant la première prestation de services, il faut adresser au Conseil national de l'Ordre des médecins, une déclaration préalable accompagnée de pièces justificatives. En outre, le médecin prestataire doit posséder une connaissance suffisante de la langue française. En cas de doute, le Conseil national de l'Ordre peut entendre l'intéressé.

Lorsque la déclaration et les pièces justificatives sont complètes, le médecin est enregistré sur une liste spécifique tenue par le Conseil national de l'Ordre. Il est dispensé du versement d'une cotisation. Le Conseil national lui adresse un récépissé précisant son numéro d'enregistrement, ainsi que la discipline exercée. Le médecin est alors soumis aux règles professionnelles en vigueur sur le territoire français et à la chambre disciplinaire compétente de l'Ordre des médecins. À cet égard, il est tenu de communiquer au Conseil départemental de l'Ordre des médecins dans le ressort duquel il réalise une prestation de services, tous les contrats et avenants concernant son activité (article L. 4113-9 du Code de la santé publique ; article 91 du Code de déontologie médicale figurant sous l'article R. 4127-91 du Code de la santé publique).

Les Ordres des professionnels de santé questionnent la possibilité de « libre prestation », les notions de « temporaire » et « d'occasionnel » étant peut-être trop vagues. Ce type d'autorisation est en effet à renouveler tous les ans, mais il n'y a pas de limite de demandes de renouvellement.

Précisions sur la nationalité des médecins

Quelle que soit la nationalité du candidat à l'exercice en France, s'il est titulaire d'un diplôme permettant l'exercice, obtenu hors Union européenne ou EEE, il doit présenter son dossier à la commission d'autorisation d'exercice. Pour cela il doit au préalable avoir réussi les épreuves de vérification des connaissances et justifier de trois années d'exercice, en France sous le statut d'attaché associé ou assistant associé. Ce candidat relève de la liste A, en ce qui concerne le concours de la procédure d'autorisation d'exercice.

Les médecins, quelle que soit leur nationalité, titulaires de diplômes obtenus hors UE ou EEE peuvent être recrutés par les établissements publics de santé sous un statut d'associé, uniquement s'ils remplissent certaines conditions d'exercice antérieur en France. Ils ne sont pas de plein exercice et ne participent à l'activité du service hospitalier que sous la responsabilité directe du responsable de la structure ou de l'un de ses collaborateurs ; ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante et sont associés au service de garde (art. R. 6152-538 et R. 6152-632 du Code de la santé publique).

Conditions d'inscriptions au tableau de l'Ordre des médecins

(Articles L. 4112-1 à L. 4112-6 du Code de la santé publique)

Cette inscription n'est pas automatique. Le postulant doit déposer un dossier au Conseil départemental de l'Ordre où il souhaite s'installer. Parmi les pièces à fournir il y a :

- L'autorisation d'exercer pour les postulants concernés ;
- Pour les ressortissants d'un pays étranger, un extrait du casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de l'État d'origine ou de provenance. Cette pièce peut être remplacée, pour les ressortissants des États membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui exigent une preuve de moralité ou d'honorabilité ;
- Un certificat de radiation d'inscription ou d'enregistrement délivré par l'autorité auprès de laquelle le demandeur était antérieurement inscrit ou enregistré ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur du demandeur certifiant qu'il n'a jamais été inscrit ou enregistré, ou, à défaut, un certificat d'inscription ou d'enregistrement dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- Tous éléments de nature à établir que le demandeur possède les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession.

C'est le Conseil départemental de l'Ordre qui instruit la demande d'inscription : le Conseil désigne un rapporteur qui doit rencontrer le postulant.

Toute décision de refus d'inscription doit être motivée (article L. 4112-3 du Code de la santé publique). La décision prise le Conseil est, dans la semaine qui suit, notifiée par lettre recommandée avec avis de réception à l'intéressé et, sans délai, au Conseil national de l'Ordre des médecins et au directeur de l'Agence régionale de Santé.

Les chirurgiens-dentistes

Informations extraites du site de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes : <<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>>

Exercer en France pour les chirurgiens-dentistes

En application des dispositions de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications d'une part, et d'autre part des dispositions des articles L. 4111-1 et L. 4141-3 du Code de la santé publique, les ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent être inscrits au tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de leur lieu d'exercice s'ils sont titulaires :

- soit d'un titre de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par l'un de ces États conformément aux obligations communautaires et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;
- soit d'un titre de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par un État, membre ou partie, conformément aux obligations communautaires, ne figurant pas sur la liste mentionnée précédemment, s'ils sont accompagnés d'une attestation de cet État certifiant qu'ils sanctionnent une formation conforme à ces obligations et qu'ils sont assimilés, par lui, aux diplômes, certificats et titres figurant sur cette liste (attestation de conformité) ;
- soit d'un titre de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par un État, membre ou partie, sanctionnant une formation de praticien de l'art dentaire commencée dans cet État antérieurement aux dates figurant dans l'arrêté mentionné précédemment et non conforme aux obligations communautaires, s'ils sont accompagnés d'une attestation de l'un de ces États certifiant que le titulaire des titres de formation s'est consacré, dans cet État, de façon effective et licite aux activités de praticien de l'art dentaire ou, le cas échéant, de praticien de l'art dentaire spécialiste, pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation (attestation de droits acquis).

Si le diplôme présenté ne figure pas à l'arrêté, et que son titulaire ne peut pas fournir l'une ou l'autre des attestations citées ci-dessus – voir les deux –, une autorisation ministérielle d'exercice est indispensable pour demander l'inscription au tableau.

L'inscription ne peut pas être refusée au motif que le praticien est encore inscrit auprès de l'autorité compétente de l'État d'origine et qu'il y exerce encore sa profession.

En ce qui concerne les diplômes pour lesquels la formation a commencé avant la date de référence, ils sont présumés non conformes aux exigences minimales prévues à la directive, et ne permettent pas de bénéficier des dispositions permettant la reconnaissance automatique. Cette présomption de non-conformité peut cependant être « combattue » par la production de certificats spécifiques en fonction de la situation concernée, si le praticien fournit une attestation des autorités compétentes d'un État membre certifiant qu'il s'est consacré, dans cet État, de façon effective et licite aux activités de praticien de l'art dentaire ou, le cas échéant, de praticien de l'art dentaire spécialiste, pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation.

Précisions sur la libre prestation de service pour les chirurgiens-dentistes

Pour exercer en libre prestation de service sur le territoire français, c'est-à-dire exécuter en France des actes de sa profession, de manière temporaire et occasionnelle et sans être inscrit au tableau de l'Ordre, le chirurgien-dentiste doit répondre à un certain nombre de conditions :

- il doit être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Accord sur l'Espace économique européen et titulaire de diplômes, certificats ou autres titres obtenus dans l'un de ces États ;
- il doit être établi et exercer légalement la profession de chirurgien-dentiste dans un État membre autre que la France ;
- avant la première prestation de services, il doit adresser au Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes une déclaration préalable, accompagnée de pièces justificatives.

En outre, le chirurgien-dentiste prestataire doit apporter la preuve, par tous moyens, qu'il possède une connaissance suffisante de la langue française nécessaire à la réalisation de la prestation.

Conditions d'inscriptions au tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

En application des dispositions de l'article L. 4111-1 du Code de la santé publique, nul ne peut exercer la profession de chirurgien-dentiste s'il n'est pas :

- titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4141-3 ;
- de nationalité française, andorrane ou ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, d'un pays lié avec la France par une convention d'établissement, du Maroc ou de la Tunisie ;
- inscrit au tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7.

Ces trois conditions sont cumulatives, la troisième étant subordonnée aux deux premières.

Mais, depuis l'ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009, les chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire sont dispensés de la condition de nationalité prévue au 2^{ème} tiret.

Par dérogation à ces dispositions, un chirurgien-dentiste qui ne remplit pas l'une ou l'autre des conditions précisées au 1 et 2 précédents, voire aux deux, peut être autorisé à exercer l'art dentaire en France, par arrêté du ministre de la santé, conformément aux dispositions de l'article L. 4111-2 du Code de la santé publique.

Toute personne, même titulaire d'un diplôme, titre ou certificat de l'art dentaire, qui exerce la profession sans être inscrit au tableau se rend coupable d'exercice illégal de l'art dentaire (article L. 4161-2 du Code de la santé publique), et encourt une sanction pouvant aller jusqu'à 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende (article L. 4161-5 du Code de la santé publique).

Sont dispensés de cette obligation d'inscription :

- les cadres actifs du service de santé des armées (article L. 4112-6) ;
- les fonctionnaires de l'État ou agents titulaires d'une collectivité locale qui n'exercent pas l'art dentaire dans l'exercice de leurs fonctions (article L. 4112-6) ;
- les chirurgiens-dentistes ressortissants d'un État membre de la communauté européenne ou partie à l'accord économique européen, effectuant une libre prestation de services (article L. 4112-7). Ces derniers doivent toutefois être inscrits sur une liste spécifique, établi par le Conseil national de l'Ordre.

La demande d'inscription au tableau de l'Ordre doit être accompagnée des pièces suivantes :

1° Un extrait d'acte de naissance ou une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité.

2° Le cas échéant, une attestation de nationalité délivrée par une autorité compétente.

3° Une copie, accompagnée le cas échéant d'une traduction, faite par un traducteur agréé, de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés par l'article L. 4111-1 à laquelle sont joints :

- lorsque le demandeur présente un diplôme délivré dans un État étranger dont la validité est reconnue sur le territoire français, la copie des titres à la possession desquels cette reconnaissance peut être subordonnée ;
- lorsque le demandeur bénéficie d'une autorisation d'exercice délivrée en application des articles L. 4111-2 à L. 4111-4 ou des dispositions concernant les praticiens français rapatriés, la copie de cette autorisation ;
- lorsque le demandeur est un praticien ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, la ou les attestations prévues par les textes pris en application des articles L. 4131-1, L. 4141-3 et L. 4151-5.

4° Pour les ressortissants d'un État étranger, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de l'État d'origine ou de provenance ; cette pièce peut être remplacée, pour les ressortissants des États membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui exigent une preuve de moralité ou d'honorabilité pour l'accès à l'activité de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de l'État d'origine ou de provenance certifiant que ces conditions de moralité ou d'honorabilité sont remplies.

5° Une déclaration sur l'honneur du demandeur certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau n'est en cours à son encontre.

6° Un certificat de radiation d'inscription ou d'enregistrement délivré par l'autorité auprès de laquelle le demandeur était antérieurement inscrit ou enregistré ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur du demandeur certifiant qu'il n'a jamais été inscrit ou enregistré, ou, à défaut, un certificat d'inscription ou d'enregistrement dans un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

7° Tous éléments de nature à établir que le demandeur possède une connaissance suffisante de la langue française.

Les sages-femmes

Informations extraites du site de l'Ordre des sages-femmes :<

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>>

Exercer en France

Les composantes de la profession de sage-femme varient fortement d'un pays à l'autre de l'Europe.

S'il existe bien un socle commun minimal en matière de formation, ni la durée ni les champs de compétences ne sont réellement harmonisés.

Il existe ainsi deux « routes » pour devenir sage-femme :

- formation de sage-femme d'au moins 3 ans ;
- spécialisation de sage-femme d'au moins 18 mois après une formation de base d'infirmière de 3 ans.

Parmi les pays offrant une formation de base spécifique de sage-femme, la France a la durée d'études la plus longue (5 ans), suivie de près par l'Estonie (4 ans et 5 mois).

L'Ordre des sages-femmes a participé activement à la réalisation de deux études sur la profession de sage-femme en Europe afin d'avoir un panorama plus précis de l'exercice et de l'organisation de la profession dans l'UE.

La première étude coordonnée par le Nursing & Midwifery Council, régulateur de la profession de sage-femme au Royaume-Uni, a été publiée en 2009²⁹.

Une deuxième étude, menée par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes à la fin de l'année 2009 a été publiée au printemps 2010 (CNOSF, 2010). Elle contient notamment des informations sur :

- la durée et les lieux de formation
- la démographie
- les différents types d'exercice
- la mobilité européenne

Il apparaît dans cette étude que les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments dans une minorité de pays répondants, dont la France. Globalement, les sages-femmes françaises ont un champ de compétence beaucoup plus élargi que celui d'autres pays (prescription de médicaments, de contraceptifs, suivi de grossesse, ...).

Pour exercer en France, les sages-femmes doivent remplir les conditions de reconnaissance de leur diplôme de obtenu dans un pays de l'UE/EEE.

Ainsi, et conformément à l'article R. 4112-1 du Code de la santé publique, les sages-femmes, pour exercer en France doivent soumettre leur candidature au Conseil national de l'Ordre, candidature qui comprendra différentes pièces.

Après la reconnaissance du diplôme de sage-femme, les candidats doivent procéder à leur inscription au tableau de l'Ordre, qui rend licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national

Précisions sur la libre prestation de service pour les sages-femmes

En application des règles européennes (directive 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles), une sage-femme européenne peut exécuter des actes sur le territoire français, de manière temporaire et occasionnelle sans être inscrite au tableau de l'Ordre mais à la condition d'avoir fait parvenir au Conseil national de l'Ordre une déclaration préalable.

L'appréciation du caractère temporel et occasionnel s'effectue par le Conseil national de l'Ordre au cas par cas en fonction de 4 critères principaux :

- durée
- fréquence
- périodicité
- continuité

Pour pouvoir exercer en France en libre prestation de services en tant que sage-femme, il est nécessaire de remplir les 4 conditions suivantes :

- Être ressortissant d'un État membre de l'UE/EEE, ou être considérée comme ressortissante pays tiers assimilée aux ressortissants européens ;
- Être titulaire de diplômes obtenus dans un État de l'UE/EEE ;
- Être légalement établi et exercer la profession de sage-femme dans un État membre de l'UE/EEE autre que la France ;
- Adresser avant la première prestation de services une déclaration préalable accompagnée des pièces justificatives requises.

²⁹ Nursing & Midwifery Council. Survey of European Midwifery Regulators. 2009, 12p, disponible sur :<http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/68_SurveySummer2009final.pdf>.

La déclaration préalable doit être renouvelée tous les ans. Il faut par ailleurs informer l'Ordre français des sages-femmes de chaque changement de situation et fournir le cas échéant, les pièces justificatives à l'appui de la déclaration (ex. changement d'adresse, changement de lieu de la prestation...).

La déclaration doit être accompagnée des documents suivants :

- preuve de la nationalité ;
- copie du diplôme ;
- accompagnée d'une traduction certifiée (traducteur agréé en France ou dans un pays de l'UE/EEE) sauf si le diplôme est celui mentionné à l'annexe V.5.1 de la directive 2005/36/CE ;
- preuve d'établissement légal accompagnée d'une attestation de bonne conduite (avec traduction certifiée). Attention : il peut s'agir de deux documents distincts.

Conditions d'inscriptions au tableau de l'Ordre des sages-femmes

La liste des pièces à fournir pour obtenir la reconnaissance de votre diplôme et procéder à votre inscription au tableau de l'Ordre des sages-femmes est la suivante :

1. Preuve de la nationalité (carte d'identité, passeport, certificat de nationalité) en cours de validité.
2. Diplôme de sage-femme. Celui-ci devra être accompagné, le cas échéant, du diplôme d'infirmière ou du BAC ou équivalent.
3. Attestation de conformité du diplôme aux exigences de la directive 2005/36/CE ; Attestation de changement de dénomination du diplôme, le cas échéant (si le nom du diplôme n'est pas repris dans l'arrêté ou l'annexe afin de prouver qu'il s'agit bien du même diplôme qui a changé de nom).
4. Attestation sur le type de formation suivie, le cas échéant (quand ce n'est pas un diplôme repris dans l'arrêté/annexe de la directive).
5. Preuve de l'expérience professionnelle, le cas échéant.
6. Extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de l'État d'origine ou de provenance. Cette pièce peut être remplacée, pour les ressortissant(e)s des États membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui exigent une preuve de moralité ou d'honorabilité pour l'accès à l'activité de sage-femme par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de l'État d'origine ou de provenance certifiant que ces conditions de moralité ou d'honorabilité sont remplies.
7. Déclaration sur l'honneur du demandeur certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau n'est en cours à l'encontre du candidat.
8. Certificat de radiation, d'inscription ou d'enregistrement délivré par l'autorité auprès de laquelle la candidate était antérieurement inscrit(e) ou enregistré(e) ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur du demandeur certifiant que la candidate n'a jamais été inscrit(e) ou enregistré(e), ou, à défaut, un certificat d'inscription ou d'enregistrement dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.
9. Preuves des connaissances linguistiques. Il s'agit de tous éléments de nature à établir que la candidate possède les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession.
10. Curriculum-vitae détaillé actualisé à la date de la demande et mentionnant la date de début de la formation de sage-femme.

Les pharmaciens

Informations extraites du site de l'Ordre national des pharmaciens :<

<http://www.ordre.pharmacien.fr/>>

Exercer en France pour les pharmaciens

L'Ordre national des pharmaciens est organisé en un Conseil national et sept sections gérées chacune par un Conseil central. Chaque section représente un métier de la pharmacie, à l'exception des sections E et D :

- Conseil central A : officines titulaires
- Conseil central B : industrie
- Conseil central C : distribution
- Conseil central D : officine adjoints et divers
- Conseil central E : Outre-mer
- Conseil central G : laboratoire de biologie
- Conseil central H : établissements de santé

Les pharmaciens peuvent ainsi exercer dans différents champs et types de structures, dans l'industrie, la biologie médicale, la distribution, dans les hôpitaux et dans les pharmacies d'officine.

Un docteur en pharmacie est une personne qui a suivi des études pharmaceutiques et qui a soutenu une thèse d'exercice. Être docteur en pharmacie est donc un préalable indispensable pour être pharmacien : c'est une preuve de connaissance. Mais cela ne suffit pas pour délivrer des médicaments. Plusieurs autres conditions doivent être remplies.

Un pharmacien d'officine doit ainsi être propriétaire de l'officine dont il est titulaire. Il est inscrit à l'Ordre national des pharmaciens qui surveille sa déontologie et contrôle chaque année l'actualisation de ses connaissances dans le cadre du développement professionnel continu.

Un pharmacien d'officine exerce, comme son nom l'indique, dans une pharmacie d'officine. Il s'agit d'un établissement dédié à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets dont la préparation et la vente sont réservées aux pharmaciens, ainsi qu'à la réalisation des préparations magistrales ou officinales. La pharmacie répond à des garanties sanitaires et fait l'objet d'inspections par les autorités de santé. Son emplacement est visé par les autorités de l'État, de telle sorte qu'il y ait une répartition démo-géographique homogène des pharmacies.

Précisions sur la libre prestation de service pour les pharmaciens

La directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 a introduit le principe de « libre prestation de services (LPS) », visant à faciliter la mobilité des professionnels au sein de l'Union européenne. Des mesures législatives de transposition en droit français ont été adoptées par l'ordonnance n°2008-507 du 30 mai 2008 introduisant, pour les pharmaciens, le principe de la LPS dans le Code de la santé publique (article L. 4222-9 du CSP) et la publication du décret n° 2009-958 du 29 juillet 2009 et de l'arrêté du 19 février 2010.

La LPS permet aux ressortissants communautaires, titulaires d'un diplôme bénéficiant d'une reconnaissance automatique en vertu de la directive 2005/36/CE, légalement établis dans leur État d'origine et inscrits au tableau de l'Ordre de leur pays d'origine ou toute autre autorité compétente équivalente, d'exercer en France de manière temporaire et occasionnelle, sans être inscrits au tableau de l'Ordre national des pharmaciens français.

Les conditions d'inscriptions au tableau de l'Ordre des pharmaciens

Toutes les personnes physiques souhaitant exercer la profession de pharmacien doivent être inscrites au tableau de l'Ordre.

Par exception, ne sont inscrits sur aucun tableau de l'Ordre :

- les pharmaciens inspecteurs de santé publique ;
- les inspecteurs des Agences régionales de santé ;
- les inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- les pharmaciens fonctionnaires ou assimilés du ministère chargé de la Santé ;
- les pharmaciens fonctionnaires ou assimilés du ministère chargé de l'Enseignement supérieur, n'exerçant pas par ailleurs d'activité pharmaceutique ;
- les pharmaciens appartenant au cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer et de l'air.

Le pharmacien devra obligatoirement exercer au sein d'un établissement pharmaceutique dûment autorisé à fonctionner, selon le type d'activité envisagé : officine, pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, établissement de fabrication de médicaments, établissement de distribution en gros de médicaments, laboratoire de biologie médicale, etc.

Selon le métier et le lieu d'exercice du candidat, l'une des sections de l'Ordre est compétente pour accueillir la demande d'inscription. Ainsi, l'inscription des pharmaciens au tableau de l'Ordre, telle que prévue aux articles L. 4222-1 et suivants du Code de la santé publique, relève :

- pour les titulaires d'officine en France métropolitaine, d'un Conseil régional de la section A ;
- pour tous les autres pharmaciens, du Conseil central de la section au tableau de laquelle ils souhaitent s'inscrire.

Les pharmaciens ayant des activités pharmaceutiques différentes peuvent être inscrits simultanément au tableau de plusieurs sections de l'Ordre à condition que ce cumul d'activités soit autorisé par les textes du Code de la santé publique régissant chaque exercice pharmaceutique.

Selon l'article R. 4222-2 du Code de la santé publique (modifié par décret n°2010-334 du 26 mars 2010 - art. 3), le pharmacien qui demande son inscription au tableau fournit les pièces mentionnées à l'article R. 4112-1, à l'exception du 3°. Il fournit en outre une copie, accompagnée le cas échéant d'une traduction faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, de l'un des titres de formation exigés par le 1° de l'article L. 4221-1, à laquelle sont joints :

1° Lorsque le demandeur est un ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen : la ou les attestations prévues par les textes pris en application des articles L. 4221-4 et L. 4221-5 ;

2° Lorsque le demandeur bénéficie d'une autorisation d'exercice délivrée en application des articles L. 4221-9, L. 4221-12, L. 4221-14-1 et L. 4221-14-2, la copie de cette autorisation.

Annexe 3 : Personne « Faisant fonction d'interne (FFI) »

Code de la santé publique (Nouvelle partie Réglementaire) - Chapitre III - Internes et étudiants en médecine et en pharmacie

Section 1 - Statut des internes et des résidents en médecine

Article R. 6153-41 - Modifié par décret n°2010-1187 du 8 octobre 2010 - art. 30

Dans le cas où un poste, dans une structure agréée, susceptible d'être offert à un interne ou à un résident n'a pu être mis au choix des internes ou des résidents, ou s'il n'a pas été choisi, le directeur de l'établissement de santé peut, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne intéressée, décider de faire appel, pour occuper provisoirement ce poste en tant que faisant fonction d'interne, à un médecin, un étudiant en médecine, un pharmacien ou à un étudiant en pharmacie appartenant à l'une des catégories mentionnées à l'article R. 6153-43.

La liste des postes non pourvus d'internes ou de résidents situés dans des pôles ou structures agréés en application de l'article 30 du décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales ou de l'article 3 du décret n°88-996 du 19 octobre 1988 relatif aux études spécialisées du troisième cycle de pharmacie est communiquée au directeur général de l'agence régionale de santé, qui peut autoriser l'affectation sur ces postes de personnes appartenant aux catégories mentionnées aux 1° et 2° de l'article R. 6153-42.

L'affectation est décidée par le directeur de l'établissement de santé, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne intéressée. Le directeur de l'établissement de santé informe le médecin ou le pharmacien de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Les étudiants ou praticiens faisant fonction d'interne sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions des internes jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période de stage. Cette durée peut être ensuite renouvelée tous les six mois.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux postes d'interne en odontologie.

Article R. 6153-42

Peuvent être désignés en tant que faisant fonction d'interne :

1° Les médecins ou pharmaciens titulaires d'un diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie permettant l'exercice dans le pays d'obtention ou d'origine qui effectuent des études en France en vue de la préparation de certains diplômes dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;

2° Les étudiants en médecine ou en pharmacie ressortissants d'un des États membres de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ayant respectivement validé les six premières années des études médicales ou les cinq premières années des études pharmaceutiques dans un de ces États, ou les étudiants en pharmacie ayant été admis au concours de l'internat prévu par le décret n°88-996 du 19 octobre 1988 relatif aux études spécialisées du troisième cycle de pharmacie, dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'enseignement supérieur et ministre chargé de la santé.

Source : <http://www.appa-asso.org/spip.php?article62#outil_sommaire_6> (consulté le 7 décembre 2015).

Annexe 4 : Répartition des « Faisant fonction d'interne (FFI) » par département

Effectifs et parts des FFI dans le nombre total d'Internes et FFI en médecine (dont en médecine générale), pharmacie et, odontologie dans les hôpitaux français – 2010 et 2014 (dans ordre décroissant des parts en 2014)

Départements	Effectifs 2010	Parts 2010 des FFI dans total Internes+FFI (%)	Effectifs 2014	Parts 2014 des FFI dans total Internes+FFI (%)	Evolution 2010-2014 des parts de FFI (%)
Essonne	85	35,3	107	31,9	-9,4
Aisne	51	37,0	47	31,5	-14,6
Allier	20	20,0	47	31,5	57,7
Seine-et-Marne	79	40,3	50	24,4	-39,5
Val d'Oise	92	35,9	80	22,9	-36,4
Eure	0	0,0	21	21,9	Augmentation
Yvelines	70	27,1	71	21,7	-20,0
Haut-Rhin	59	21,1	63	20,7	-2,3
Val de Marne	87	26,4	172	18,5	-29,8
Seine-St-Denis	107	35,3	97	17,9	-49,3
Charente	3	4,8	9	17,6	264,7
Cantal	5	11,9	9	17,6	48,2
Corse du Sud	5	100,0	5	17,2	-82,8
Guadeloupe	23	17,8	41	17,0	-4,6
Meuse	8	14,5	10	16,7	14,6
Guyane	13	22,8	13	16,3	-28,8
Indre	10	41,7	4	15,4	-63,1
Hauts-de-Seine	63	25,1	106	14,5	-42,3
Yonne	6	10,2	12	14,5	42,2
Paris	738	21,8	370	13,7	-37,0
Eure-et-Loire	37	46,8	11	13,6	-71,0
Territoire de Belfort	7	8,4	8	13,3	58,1
Lot	16	13,1	5	13,2	0,3
Moselle	36	12,5	45	13,2	5,3
Haute-Corse	1	100,0	2	12,5	-87,5
Haute-Saône	1	2,6	7	12,3	378,9
Bas-Rhin	114	16,4	95	11,7	-29,0
Pas-de-Calais	37	13,1	37	11,1	-15,1
Vaucluse	15	22,4	11	9,8	-56,1
Manche	12	11,8	15	9,7	-17,2
Jura	8	11,3	7	9,6	-14,9
Savoie	27	24,8	12	9,4	-61,9
Landes	8	12,7	9	9,4	-26,2
Loir-et-Cher	7	11,5	7	9,0	-21,8
Haute-Marne	8	22,2	3	8,8	-60,3
Vosges	6	7,3	13	8,3	13,9
Pyrénées-Atlantique	14	10,1	16	8,0	-20,7
Orne	20	29,0	6	7,6	-73,8
Oise	33	15,3	16	7,5	-50,8
France	3279	12,8	2 326	7,5	-41,6
France hors DOM	3191	12,8	2260	7,5	-41,6
Rhône	169	15,2	90	7,3	-52,2
Corrèze	12	21,4	6	7,1	-66,7
Aude	10	25,0	5	7,1	-71,4
Côtes d'Armor	27	20,5	10	7,1	-65,3
Cher	8	20,0	3	7,0	-65,1
Hérault	94	14,2	56	6,9	-51,7
Ain	14	20,3	6	6,7	-66,8
Pyrénées-Orientales	12	15,6	7	6,5	-58,4
Aube	3	4,8	6	6,2	27,8
Creuse	2	10,5	2	6,1	-42,4

Suite du tableau de l'Annexe 4

Départements	Effectifs 2010	Parts 2010 des FFI dans total Internes+FFI (%)	Effectifs 2014	Parts 2014 des FFI dans total Internes+FFI (%)	Evolution 2010-2014 des parts de FFI (%)
Seine-Maritime	96	13,4	45	5,5	-58,6
Alpes de Hautes-Provence	0	0,0	1	5,3	Augmentation
Loiret	16	13,1	7	5,1	-61,0
Lot-et-Garonne	3	6,5	4	4,9	-24,3
Nord	143	9,6	78	4,6	-51,7
Gard	31	14,3	15	4,6	-67,7
Somme	22	4,6	23	4,4	-5,2
Ardèche	6	20,7	2	4,2	-79,9
Indre-et-Loire	27	6,7	16	4,1	-38,1
Hautes-Pyrénées	11	18,3	2	4,1	-77,7
Hautes-Alpes	0	0,0	1	4,0	Augmentation
Sarthe	18	12,7	7	3,9	-69,3
Isère	68	13,8	22	3,8	-72,3
Meurthe-et-Moselle	50	9,5	26	3,8	-60,4
Nièvre	2	8,7	1	3,6	-58,9
Haute-Garonne	31	14,3	33	3,4	-75,9
Morbihan	12	8,6	6	3,4	-60,1
Bouches-du-Rhône	95	8,4	41	3,2	-62,4
Puy-de-Dôme	33	8,6	16	3,2	-63,4
Loire	7	11,5	17	3,1	-72,8
Haute-Vienne	20	7,1	9	3,1	-56,5
Var	6	5,6	7	3,0	-45,9
Réunion	17	8,9	9	2,9	-67,1
Mayenne	3	5,4	2	2,8	-47,4
Gers	0	0,0	1	2,8	Augmentation
Gironde	23	2,9	25	2,4	-16,9
Ardennes	4	5,7	2	2,4	-58,3
Calvados	28	6,1	12	2,3	-62,4
Alpes maritimes	26	6,2	11	2,3	-63,5
Maine-et-Loire	11	3,0	10	2,2	-27,9
Ille et Vilaine	26	5,6	11	2,1	-62,4
Côte-d'Or	9	1,9	12	2,0	5,9
Doubs	8	2,2	9	1,9	-10,5
Charentes-maritimes	5	4,1	3	1,7	-59,3
Martinique	35	18,6	3	1,5	-92,0
Drôme	17	15,0	2	1,4	-90,4
Finistère	13	2,5	7	1,3	-48,8
Saône et Loire	3	2,5	2	1,2	-49,8
Haute-Savoie	14	10,4	2	1,2	-88,4
Marne	7	2,0	5	0,9	-54,4
Vendée	3	1,9	1	0,6	-65,4
Vienne	0	0,0	3	0,5	Augmentation
Loire-Atlantique	4	0,8	1	0,2	-76,6
Ariège	1	3,2	0	0,0	-100,0
Aveyron	2	5,7	0	0,0	-100,0
Deux-Sèvres	6	7,6	0	0,0	-100,0
Dordogne	1	1,8	0	0,0	-100,0
Haute-Loire	3	9,4	0	0,0	-100,0
Lozère	1	10,0	0	0,0	-100,0
Mayotte	ND	ND	0	0,0	NC
Tarn-et-Garonne	0	0,0	0	0,0	0,0
Tarn	7	10,4	0	0,0	-100,0

En rouge : augmentation de la part de FFI entre 2010 et 2014 de plus de 50 % ; en vert diminution de plus de 50 %

Sources : Drees - Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ; exploitation Fnors/ORS

Annexe 5 : Liste des documents consultés

Atlas du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476> (consulté le 17 juillet 2015)

CNOM (2015), Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2015, 322 p.

CNOM (2014a), Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2014, 274 p.

CNOM (2013), Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013, 238 p.

CNOM (2012a), Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2012, Tome 1, 167 p et Tome 2, 119 p.

CNOM (2009), Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2009, 147 p.

Autres études spécifiques du CNOM

<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/etudes-et-enquetes-931> (consulté le 17 juillet 2015)

CNOM (2014b), Les flux migratoires et trajectoire des médecins. Situation en 2014, 136 p.

CNOM (2012b). Les médecins à diplômes européens et extra-européens exerçant en France : situation au 1^{er} janvier 2012, 111 p.

CNOM (2010), Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne. Situation au 1^{er} janvier 2010, 42 p.

CNOM (2007), Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne en France (inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins), 115 p.

Panoramas de l'Ordre national des pharmaciens

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques> (consulté le 17 juillet 2014)

Ordre national des pharmaciens. Les pharmaciens. Panorama au 1^{er} janvier 2015, 48 p.

Ordre national des pharmaciens. Les pharmaciens. Panorama au 1^{er} janvier 2014, 44 p.

Ordre national des pharmaciens. Les pharmaciens. Panorama au 1^{er} janvier 2014. 21 fascicules régionaux [mis en ligne le 19 juin 2014].

Ordre national des pharmaciens. Cartes départementales - Officine. (<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie/Cartes-departementales-Officine/Donnees-departementales> ; mis à jour le 3 février 2016 (consulté le 22 février 2016)

Des chiffres de l'Ordre national des sages-femmes

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/demographie_et_statistiques/index.htm (consulté le 17 juillet 2015)

- Effectifs des sages-femmes (global et par secteur) et modes d'exercice au 1^{er} janvier 2014
- Répartition des sages-femmes par tranche d'âges et par genre au 1^{er} janvier 2014
- Évolution des effectifs de 2010 à 2014

Ordre national des sages-femmes (CNOSF). *Étude des régulateurs européens de sages-femmes. Deuxième édition*. 2010, 28 p.

Micheau J., Alliot F. (2014), *Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ?* Note de synthèse. CNOSEF, 12 p.

Rapports de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

ONDPS (2015a), *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens*. Volume 1 et Volume 2 (Monographies), mars, 101 et 145 p.

ONDPS (2015b). *Rapport 2015, Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3^{ème} cycle des études médicales*, octobre, 64 p.

ONDPS (2014), *Rapport 2013-2014*, 206 p.

ONDPS (2011), *Rapport 2010-2011, Des professions de santé en évolution : pharmaciens, orthophonistes, médecins en formation, Tome 3*, 139 p.

Études et sources de données de la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Site internet : Portail Data.drees, http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_referer=&sCS_ChosenLang=fr ; consulté le 17 juillet 2015

Drees. *Données sur les médecins au 1^{er} janvier issues de l'exploitation statistique du RPPS*. Sources et définitions. Mis à jour : 16 avril 2015. 2015a, 6 p.

Drees. *Exploitations statistiques au 1er janvier des données sur les professions de santé (hors médecins) tirées du Répertoire ADELI et du RPPS*. Sources 2015b, 6 p.

Drees. *Dictionnaire des variables des bases statistiques du Répertoire Partagé des Professionnels de santé*. 2014, 92 p.

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ». *Études et Résultats* n°795, Drees, 2012a, 8 p.

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ». *Document de travail. Série Études et Recherches* n°124. Drees-Irdes, 2012b, 61 p.

Cavillon M. « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs ». *Études et résultats* n°791. Drees, 2012, 8 p.

Attal-Toubert K., Vanderschelde M. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». *Études et Résultats* n° 679. Drees, 2009, 8 p.

Bloy G. « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) ». *Document de travail. Série Études et Recherches* n°104. Drees, 2011, 144 p.

Sicart D. « Les médecins au 1^{er} janvier 2013 ». *Document de travail, Série Statistiques* n°179. Drees, 2013, 150 p.

Autres documents et travaux français

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », DT n°51, Irdes, 2012c, 56 p.

Cottureau V. « Les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) en France : Quand les hôpitaux ont recours à des médecins-migrants ». *Revue francophone sur la santé et les territoires*. 2015, 16 p.

Centre d'analyse stratégique. La mobilité internationale des professionnels de santé : quels enjeux pour le système de soins français. Note n°308. 2012, 12 p.

Charrier P. Les sages-femmes en France. Rapport de recherche. 2011, 138 p.

DHOS, *Enquête sur les médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice en France. Enquête Padhue au 1 mars 2005*, synthèse publiée par la FPS (Fédération des praticiens de santé), 2005, 17 p.

DHOS, *Enquête sur les médecins à diplôme hors Union européenne. Enquête Padhue au 1 mars 2007*, rapport publié par la FPS (Fédération des praticiens de santé), 2007, 14 p.

Irdes (Institut de Recherche et documentation en économie de la santé). Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques. Questions d'économie de la santé. 2014, n°203. 8p.

Irdes (Institut de Recherche et documentation en économie de la santé). La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins Questions d'économie de la santé. 2005, n°101. 4p.

Le Fur P., « Le temps de travail des médecins généralistes Une synthèse des données disponibles », *Questions d'économie de la santé* n° 144. Irdes. 2009, 8 p.

Travaux et rapports européens et autres références pour l'approche internationale

Ballard K D, Robinson SI, Laurence P B. Why do general practitioners from France choose to work in London practices? A qualitative study. *British Journal of General Practice*. 2004.

Cash R, Ulmann Ph., *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France. OECD Health Working Papers* NO. 36. 2008, 117 p.

CREF.BE Médecins et mobilités internationales, notes de la cellule de planification des professionnels des soins de santé

http://www.health.belgium.be/filestore/19103421_FR/Me%CC%81decins%20et%20mobilit%C3%A9%20internationale%20201503231.pdf 2015

Direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire (DFAE). Rapport du Directeur des Français à l'étranger et de l'administration consulaire – XIX^e Session de l'Assemblée des Français à l'étranger. 2013a, 131 p.

DFAE - Direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire (DFAE) du Ministère des affaires étrangères. Enquête sur l'expatriation des Français. 2013b, 43 p.

European Commission - Matrix Insight. EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study. Revised Final Report. European Commission - Matrix Insight – Centre for Workforce intelligence. 29 Mai 2012. 174 p.

Jaccard-Ruedin H., Widmer M. Immigration du personnel de santé vers la Suisse. Observatoire suisse de la santé (Obsan). Neuchâtel 2010. 98 p.

Moullan Y, Bourgueil Y. Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques. Questions d'économie de la Santé n°203. Irdes. 2014, 8p.

OCDE, Les migrations internationales des personnels de santé. Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale. Synthèses de l'OCDE. 2010, 8p.

OCDE (2015), Perspectives des migrations internationales 2015, Éditions OCDE, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-fr. 2015, 388 p.

OMS, Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé. 2010, 17 p.

Wismar M, Maier C B, Glinos I A, Dussault G, Figueras J (Ed). Health Professional Mobility and Health Systems : Evidence from 17 European countries. Observatory studies series n°23. European Observatory on Health Systems and Policies. 2011, 632 p.

Annexe 6 : Listes des variables du RPPS utilisées

Variables RPPS	Définition (d'après Dictionnaire Drees)	Utilisations/Indicateurs	Commentaires
IDENTIFIANTRPPS	Identifiant du RPPS	Effectifs selon différents critères Analyse des cohortes (inscrits en 2012 encore inscrits en 2015)	
date_EFFECTEXERCICE	Date d'effet d'exercice correspondant a priori à une date d'inscription à l'Ordre	Effectifs des nouvellement inscrits (ou primo-inscrits) Calcul du délai entre la date d'obtention du diplôme et la date d'effet d'exercice (dans le cadre de la réflexion sur les taux d'évaporation des diplômés)	Il existe également la variable date_DEBUTPI (date de première inscription à l'Ordre). En général elle est plus souvent manquante que la date d'effet et y est parfois postérieure. Dans les bases médecins, odontologistes et sages-femmes, il existe aussi la variable date_DEBUTINSCRIPTION qui n'existe en revanche pas dans les bases pharmaciens. Elle correspond en général à une date ultérieure aux deux autres dates citées et est parfois relativement récente lorsqu'il y a une date de radiation renseignée (cela doit concerner des praticiens qui on été inscrits, radiés puis réinscrits et donc actifs).
tdiid1 (tdiid pour odontologistes et sages-femmes)	Type de diplôme renseigné en variable 1	Sélection des DE, DEEE et DAU dans la cadre de la présente étude (ils correspondent aux diplômes d'état donnant droit à exercer la profession)	Y sont renseignés les différents types de diplômes, soit : - les diplômes principaux donnant droit à exercer la profession (soit les DE obtenus en France, les DEEE obtenus en Europe et a priori les DAU validés en dehors de l'Europe), ainsi que - les autres diplômes complémentaires tels que les CAPA, DESC, ... Pour médecins et pharmaciens 5 variables diplômes existent, pour les odontologistes et sages-femmes, une seule.
dateobtdip1 (dateobtdip pour odontologistes et sages-femmes)	Date d'obtention du diplôme 1	Calcul du délai entre la date d'obtention du diplôme et la date d'effet d'exercice (dans le cadre de la réflexion sur les taux d'évaporation des diplômés)	
tdiid2 ; tdiid 3 ; tdiid 4 ; tdiid 5	Types de diplômes renseignés en variables 2 à 5	Sélection des DAU dans la cadre de la présente étude	cf. tdiid1 ; Uniquement disponibles pour les médecins et pharmaciens
payiddip1 (payiddip pour odontologistes et sages-femmes)	Pays d'obtention du diplôme 1	Effectifs, parts, ... des diplômes principaux (DE, DEEE et DAU) obtenus en France et à l'étranger - par zone, pays	
payiddip2 ; payiddip3 ; payiddip4 ; payiddip5	Pays d'obtention des diplômes 2 à 5	Effectifs, parts, ... des diplômes DAU renseignés en variables 2 à 5 (et non en 1) obtenus à l'étranger	Uniquement disponibles pour les médecins et pharmaciens Les DE et DEEE qui nous intéressent également ne sont en général pas enregistrés dans ces variables 2 à 5 mais bien en 1.
nbttotalact	Nombre total d'activités, un professionnel pouvant en exercer plusieurs	Nombre d'activités	Utilisé pour comparer les chiffres publiés et les 1ères extractions réalisées dans la présente étude mais non exploité ensuite. Cet indicateur pourrait permettre cependant d'évaluer si les diplômés à l'étranger exercent plus ou moins souvent plusieurs activités au regard des diplômés en France.
SASID1B	Secteur de l'activité 1 corrigé	Effectifs de remplaçants pour l'activité 1 (sélection des modalités GENR02 et GENR03)	Utilisé pour comparer les chiffres publiés et les 1ères extractions réalisées dans la présente étude mais non exploité ensuite. Il pourrait en revanche être intéressant de se pencher sur le profil des médecins remplaçants : y a-t-il plus de médecins remplaçants que de médecins non remplaçants qui ont un diplôme étranger ? Certaines spécialités semblent être attractives pour des médecins remplaçants ayant obtenu leur diplôme à l'étranger, notamment la pédiatrie ou la spécialité d'anesthésie-réanimation (respectivement 29 et 31 % des remplaçants dans ces spécialités ont obtenu leur diplôme hors de France contre 5,1 % des médecins généralistes remplaçants (CNOM, 2013).
TAMID	Type d'autorisation ministérielle	Nombre de diplômés ayant une autorisation ministérielle pour exercer	A permis de vérifier que les détenteurs de DE et DEEE n'ont en général pas d'autorisation ministérielle (AM) pour exercer (reconnaissance automatique des diplômes européens) tandis que les détenteurs de DAU ont pour la majorité une AM.
exerciceb	Mode d'exercice global détaillé (salarié, libéral, ...)	Effectifs des professionnels selon ce mode d'exercice	
spe	Regroupement du savoir-faire (spécialité)	Effectifs des professionnels selon la spécialité Distinction des médecins généralistes et spécialistes dans le cadre de la réflexion sur le taux d'évaporation des diplômés	Valable pour les médecins

DE : diplôme d'état français ; DEEE : diplôme d'état d'un pays de l'UE ou de l'EEE ; DAU : diplôme d'état obtenu dans un pays hors UE et hors EEE - Source : RPPS/Drees

Annexe 7 : Comparaisons de quelques indicateurs entre les données publiées et l'exploitation des bases RPPS/Drees

Médecins

Sources	Indicateurs	Situation au 01/01/2012	Situation au 01/01/2013	Situation au 01/01/2014	Situation au 01/01/2015
Données globales CNOM (atlas ou études particulières)	Nombre d'inscrits dont :	268072	271 970	276354	281087
	Nombre d'actifs (ou en activité totale)	216142	215 865	215 531	215539
	Nombre de retraités dont nombre cumulant un emploi	51 930 dont 8 990	56 105 dont 10 952	60 823 dont 12 946	65549
	Nombre de médecins en activité régulière	199 821	199 419	198760	198 365
	Nombre de remplaçants	10 065 dont 1 410 sont des retraités actifs	10138	10469	10 972 dont 81,7 % d'actifs non retraités
	Nombre d'inscrits actifs ayant un diplôme étranger (non précision si diplôme principal ou tout diplôme)	18 642 (8,6 %) dont 16 715 en activité régulière	19 762 (9,1 %) dont 17 835 en activité régulière	21 159 (9,8 %) dont 19 044 en activité régulière	Chiffres par spécialité / discipline
	Nombre de nouvelles inscriptions (solde des entrées)	6053	6324	6940	
Données Drees (data.drees)	Nombre d'inscrits actifs	216 762	218 296	220474	222150
	Nombre d'activités	nd	279 349	288 321	296193
Données globales – traitements Fnors (base RPPS/DREES)	Nombre d'inscrits actifs (= données Drees)	216762	218296	220474	222 150
	Nombres de remplaçants pour l'activité 1 (= modalités GENR02 et GENR03)	10317	10989	11477	12370
	Nombre d'activités (d'après nbttotalact et en cumulant les 5 activités GACID)	264274	273608	281353	287 844
	Nombre d'inscrits avec diplôme 1 étranger (part dans nombre d'inscrits)	14 386 (6,6 %) dont 1 338 nouveaux inscrits	15 299 (7,0 %) dont 1 189 nouveaux inscrits	16 284 (7,4 %) dont 1 258 nouveaux inscrits	17 628 (7,9 %) dont 1 598 nouveaux inscrits
	idem avec prise en compte de l'ensemble des variables diplômes mais en considérant uniquement les DE, DEEE et DAU - définition C	17 562 (8,1 %)	18 76 (8,6 %)	20 056 (9,1 %)	21568 (9,7 %)
	Nombre de nouveaux inscrits (ayant une date d'effet d'exercice ou date de début l'année N-1 de la base)	5881	6 090	6 463*	7 357*

* il y a de plus 7 inscrits dont l'année/date d'effet d'exercice ou de début est non précisée.

nd : non disponible

Sources : CNOM ; RPPS – traitement Drees ; RPPS/Drees - exploitation Fnors/ORS

Une population plus large dans les bases de l'Ordre des médecins (ex : inclusion des retraités, inactifs temporaires) que dans les bases RPPS/Drees recensant uniquement les actifs.

Le traitement des médecins en activité régulière par l'Ordre ; point non accessible *a priori* dans la base RPPS/Drees (en tout cas il n'a pas été saisi quelles variables permettaient éventuellement de les distinguer).

Des écarts entre les données du CNOM et celles issues du RPPS liés à la différence de définition des actifs pour ces deux sources (sous la définition des actifs, l'Ordre prend en compte les actifs réguliers, les remplaçants et les inactifs temporaires ; le RPPS/Drees reprend les actifs réguliers et les remplaçants, mais aussi les retraités en cumul emploi-retraite et exclut les inactifs temporaires)

Une incertitude sur le/les diplôme(s) retenu(s) par l'Ordre pour mesurer les effectifs de diplômés à l'étranger ; des écarts avec les chiffres issus de la base RPPS/Drees.

Des parts de diplômés à l'étranger relativement proches entre l'Ordre et le traitement du RPPS (pour la définition C avec prise en compte des 5 variables diplômes et uniquement les diplômes donnant droit à exercer – cf. 4.2) mais sur la base de chiffres différents.

Odontologues

Sources	Indicateurs	Situation au 01/01/2012	Situation au 01/01/2013	Situation au 01/01/2014	Situation au 01/01/2015
Données issues rapport ONDPS 2013-2014 (source : RPPS ou ONCD)	Nombre d'inscrits dont :	41 418 (source ONCD)	40 833 (source RPPS)	nd	nd
	Primo-inscrits	1386	nd	nd	nd
	Nombre d'inscrits ayant un diplôme étranger	1 786 (4,3%) dont 694 français	nd	nd	nd
Données Drees (data.drees)	Nombre d'inscrits actifs	40 599	40 833	41 223	41 495
Données Globales – traitement Fnors/ORS (source : base RPPS/DREES)	Nombre d'inscrits actifs	40599	40833	41223	41 495 dont 1 en 2015
	Nombre d'activités	44890	45530	46459	47501
	Nombre de remplaçants pour l'activité 1 (modalités GENR02 et 03)	120	173	196	226
	Nombre de nouveaux inscrits (année d'effet)	1024	1136	1164	1273
	Nombre de diplômes obtenus hors de France (EEE inconnu ou Inconnu) (part dans nombre d'inscrits)	1 502 (3,7 %) dont 225 nouveaux inscrits	1 769 (4,3 %) dont 273 nouveaux inscrits	2 111 (5,1 %) dont 321 nouveaux inscrits	2 540 (6,1 %) dont 417 nouveaux inscrits

nd : non disponible

Sources : ONDPS ; RPPS – traitement Drees ; RPPS/Drees - exploitation Fnors/ORS

En 2012, effectifs d'inscrits légèrement plus faibles selon les bases RPPS/Drees que selon l'Ordre ; d'autres que des actifs présents dans la base ordinaire ? ; liés aux apurements opérés par la Drees ?

Une seule variable diplôme dans le RPPS

Variable pays de diplôme moins détaillée dans les bases RPPS/Drees odontologues que pour les autres professions. Seulement trois codes pays renseignés (99000 pour la France ; 99998 pour un pays européen EEE mais inconnu ; 99999 pour pays inconnu). Hypothèse que les pays 99999 sont des pays hors UE/EEE

Sages-femmes

Sources	Indicateurs	Situation au 01/01/2012	Situation au 01/01/2013	Situation au 01/01/2014	Situation au 01/01/2015
Données globales CNOF (site)	Nombre d'inscrits dont	25717	26407	27116	nd
	Nombre d'actives	19631	20391	21052	nd
Données Drees (data.drees)	Nombre d'inscrites actives	19 535	20 235	20 991	21 632
Données globales – traitements Fnors/ORS (source : base RPPS/DREES)	Nombre d'inscrites actives	19535	20235	20991	21632
	Nombre d'activités	21208	22422	23697	24967
	Nombre de remplaçantes pour l'activité 1 (modalités GENR02 et 03).	546	636	756	881
	Nombre de nouveaux inscrits (année d'effet)	620	738	664	674
	Nombre d'inscrites avec diplôme étranger (part dans nombre d'inscrites)	846 + 137 données manquantes (5,0 %) dont 34 nouvelles inscrites	1 084 (5,4 %) dont 51 nouvelles inscrites	1 192 (5,7 %) dont 30 nouvelles inscrites	1 279 (5,9 %) dont 35 nouvelles inscrites

nd : non disponible

Source : CNOF ; RPPS - traitement Drees ; RPPS/Drees - exploitation Fnors/ORS

Une population plus large dans les bases de l'Ordre national des sages-femmes (inclusion des retraitées, des praticiennes au chômage) que dans les bases RPPS/Drees recensant uniquement les actives

Des effectifs d'actives très légèrement plus faibles selon les bases RPPS/Drees que selon l'Ordre ; liés aux apurements opérés par la Drees ?

Pharmaciens

Sources	Indicateurs	Situation au 01/01/2012	Situation au 01/01/2013	Situation au 01/01/2014	Situation au 01/01/2015
Données globales Ordre des pharmaciens (panoramas)	Nombres d'inscrits	73 127	73892	74270	74 492
	Nombre de nouveaux inscrits	2166	2324	2542	2465
	Nombre d'inscrits ayant un diplôme étranger (non précision si diplôme principal ou tout diplôme)	Non traité par pays d'obtention du diplôme	934* dont 517 français	1 017 dont 543 français	1 082* dont 585 français
Données Drees (data.drees)	Nombres d'inscrits actifs	72 811	73 670	73 789	74 345
Données globales – traitements Fnors/ORS (source : base RPPS/DREES)	Nombres d'inscrits actifs (= données Drees)	72 955 dont 3 inscrits en 2012	73 670 dont 7 inscrits en 2013	73 789 dont 2 inscrits en 2014	74 345 dont 3 inscrits en 2015
	Nombre de nouveaux inscrits (année d'effet)	2019	2196	2214	2368
	Nombre de remplaçants pour l'activité 1 (modalités GENR02 et GENR03)	3931	4451	4135	3952
	Nombre d'activités (d'après nbttotalact et en cumulant les 5 activités GACID)	77201	78257	78336	78993
	Nombre d'inscrits avec diplôme 1 obtenu à l'étranger idem avec prise en compte de l'ensemble des variables diplômes mais en considérant uniquement les DE, DEEE et DAU - définition C	569 (+ 398 pays non précisé) 998 (1,4 %)	624 (+ 279 pays non précisé) 936 (1,3 %)	967 (+ 191 pays non précisé) 1 191 (1,6 %)	740 (+ 327 pays non précisé) 1 098 (1,5 %)

* effectifs calculés sur la base du tableau présenté dans les panoramas 2013 et 2015. Respectivement 934 et 1 082 professionnels ont obtenu un diplôme étranger et 72 929 et 73 403 un diplôme français soit un total de 73 863 et 74 485 pharmaciens (contre 73 892 et 74 492 inscrits annoncés préalablement)

Sources : Ordre des Pharmaciens ; RPPS - traitement Drees ; RPPS/Drees - exploitation Fnors/ORS

Des effectifs d'actifs très légèrement plus faibles selon les bases RPPS/Drees que selon l'Ordre national des pharmaciens ; liés aux apurements opérés par la Drees ?

Une incertitude sur le/les diplôme(s) retenu(s) par l'Ordre pour mesurer les effectifs de diplômés à l'étranger ; de légers écarts avec les chiffres issus de la base RPPS/Drees et dans ce cas des effectifs plus élevés selon le traitement des bases RPPS/Drees (selon la définition C avec prise en compte des 5 variables diplômes et uniquement les diplômes donnant droit à exercer)

Des parts de diplômés à l'étranger relativement faibles (au regard des autres professions) et proches entre l'Ordre et le traitement du RPPS (pour la définition C) mais sur la base de chiffres non exactement identiques

Annexe 8 : Effectifs de médecins et pharmaciens inscrits actifs en 2015 par type de diplôme et zone d'obtention

Médecins

Type de diplôme renseigné dans la variable 1	Pays d'obtention				Total
	France	Étranger	Inconnu	Données manquantes	
AU (autre)	60				60
CAPA (Capacité)	2138				2138
CES (Certificat d'études spéciales)	840				840
DAU (Diplôme d'un pays hors UE et hors EEE)		8 647	1		8 648
DE (Diplôme d'État français)	200 585				200 585
DEEE (Diplôme d'un pays de l'UE ou de l'EEE)		8 880			8 880
DEES (Diplôme Européen d'Études Spécialisées)		98		1	99
DES (Diplôme d'Études Spécialisées)	84				84
DESC1 (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire)	35				35
DESC2 (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire qualifié groupe 2)	13				13
DU (Diplôme d'Université ou diplôme inter universitaire)	767				767
Données manquantes	0			1	1
Total	204 522	17 625	1	2	222 150

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Pour les médecins, les types de diplômes renseignés dans la variable diplôme 1 (« tdiid1 ») sont en 2015 majoritairement des diplômes d'État français - DE (200 585 cas tous bien obtenus en France) puis des diplômes d'un pays de l'UE ou de l'EEE - DEEE (8 880 cas) et des diplômes d'un pays hors UE et hors EEE – DAA (8 648), soit 218 113 représentant 98,2 % des médecins inscrits actifs en 2015 (cf. tableau ci-dessus). Les autres diplômes enregistrés sont des diplômes complémentaires ou spécialisés, soit obtenus en France (ex : CAPA, DESC, ...), soit à l'étranger (DEES uniquement).

Par ailleurs, 134 831 médecins ont un 2^{ème} diplôme (dont 0 DE, 1 DEEE et 3 008 DAA), 23 642 un 3^{ème} diplôme (dont 0 DE, 0 DEEE et 822 DAA), 4 682 un 4^{ème} diplôme (dont 0 DE, 0 DEEE et 180 DAA) et enfin 950 un 5^{ème} diplôme voir plus – la variable diplôme 5 étant la concaténation du 5^{ème} diplôme et des suivants le cas échéant (dont 0 DE, 0 DEEE et encore quelques DAA).

À noter que, d'après l'exploitation de la base 2015, si les médecins n'ont qu'un DAA, celui-ci est renseigné dans la variable diplôme principal (pour ces 8 648 médecins en 2015, il n'y a effectivement pas de diplôme suivant renseigné). Si en revanche, les médecins ont obtenu d'autres diplômes que le DAA (ex : DES, CAPA), le DAA est renseigné en 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} voire 5^{ème} diplôme en fonction du nombre d'autres diplômes obtenus (qui ne peuvent ni être un DE, ni un DEEE). Ces autres diplômes sont obtenus en France, hormis les DEES en Europe.

Sont visés dans cette étude les flux de professionnels qui viennent s'installer en France alors qu'ils n'ont pas obtenu leur diplôme principal en France. Il s'agit donc :

- des professionnels ayant un DEEE (renseigné dans la variable diplôme 1 sauf pour 1 cas) obtenu en UE ou EEE mais aussi,
- des professionnels ayant obtenu un DAA hors d'Europe, ce diplôme étant renseigné dans les variables 1 à 5 selon le nombre d'autres diplômes complémentaires qu'aura obtenu le professionnel.

À noter que la majorité des professionnels détenant un DE ou un DEEE ne fait effectivement pas l'objet d'une autorisation ministérielle (200 300 sur 200 585 DE et 8 646 sur 8 880 DEEE) alors qu'à l'inverse la majorité des professionnels ayant un DAA (ici en exemple en diplôme principal 1) ont une autorisation ministérielle (8 608 sur 8 648).

Pharmaciens

Type de diplôme renseigné dans la variable 1	Pays d'obtention				Total
	France	Etranger	Inconnu	Données manquantes	
CES (Certificat d'études spéciales)	21				21
DE (Diplôme d'État français)	73 245				73 245
DEEE (Diplôme d'un pays de l'UE ou de l'EEE)	6	740			746
DES (Diplôme d'Études Spécialisées)	6				6
Données manquantes				327	327
Total	73 278	740	0	327	74 345

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Concernant les pharmaciens, les types de diplômes renseignés dans la variable diplôme 1 sont majoritairement aussi des DE obtenus en France (73 245) ainsi que quelques DEEE obtenus à l'étranger (en Europe) (740) et quelques CES et DES (21 + 6) obtenus en France. Les données sont manquantes pour 327 professionnels. Aucun DAU n'est renseigné ici. Il y a également 7 278 pharmaciens ayant un 2^{ème} diplôme (dont 71 DE, 1 DEEE³⁰, et 335 DAU³¹), 2 405 ayant un 3^{ème} diplôme (CES ou DES), 2 269 ayant un 4^{ème} diplôme (dont 4 DAU) et 1 819 ayant un 5^{ème} diplôme (dont 16 DAU).

La majorité des professionnels pharmaciens détenant un DE ne fait pas l'objet d'une autorisation ministérielle (72 384 sur 73 245 DE), un peu plus de la moitié des pharmaciens ayant un DEEE (398 sur 740) n'a également pas d'autorisation ministérielle alors qu'à l'inverse les professionnels ayant un DAU (ici en diplôme 2) ont une autorisation ministérielle (334 sur 335).

³⁰ Il semble que ces 71 DE et ce 1 DEEE sont déjà renseignés dans la variable diplôme 1.

³¹ Pour la majorité (325) il n'y a pas de diplôme 1 renseigné et 1 CES, 3 DE et 6 CES en diplôme 1.

Annexe 9 : Coefficients de corrélation linéaire (Population des médecins)

	Densité de médecins	Densité de médecins à diplôme étranger	Densité de médecins libéraux	Densité de médecins libéraux à diplôme étranger	Part (en %) de médecins à diplôme étranger	APL (médecins libéraux)	Densité de médecins français à diplôme étranger	Densité de médecins étrangers à diplôme étranger	Densité de médecins spécialistes à diplôme étranger	Part des médecins à diplôme étranger chez les médecins spécialistes	Densité de médecins généralistes à diplôme étranger	Part des médecins à diplôme étranger chez les médecins généralistes	Densité de médecins généralistes libéraux	Densité de médecins généralistes libéraux à diplôme étranger	Densité de médecins généralistes libéraux à diplôme français	Part de médecins étrangers chez les médecins généralistes libéraux	Part de médecins étrangers chez les médecins libéraux	Part de médecins étrangers chez les médecins salariés
Densité de médecins	100,0%	0,7%	85,2%	5,1%	-51,8%	39,3%	-2,7%	4,0%	8,4%	-57,9%	-19,2%	-43,0%	72,5%	-15,0%	72,8%	-36,8%	-43,2%	-53,7%
Densité de médecins à diplôme étranger	0,7%	100,0%	-20,0%	74,2%	83,4%	-38,4%	91,1%	90,9%	97,0%	76,0%	78,6%	74,4%	-34,6%	53,3%	-40,3%	59,7%	75,0%	78,7%
Densité de médecins libéraux	85,2%	-20,0%	100,0%	7,1%	-61,2%	58,4%	-25,4%	-10,9%	-15,7%	-67,5%	-25,1%	-47,1%	84,1%	-7,0%	83,2%	-34,8%	-50,5%	-58,8%
Densité de médecins libéraux à diplôme étranger	5,1%	74,2%	7,1%	100,0%	57,5%	-18,6%	59,0%	76,1%	67,1%	48,6%	70,7%	60,7%	-10,4%	73,8%	-19,0%	67,7%	79,6%	47,2%
Part (en %) de médecins à diplôme étranger	-51,8%	83,4%	-61,2%	57,5%	100,0%	-52,8%	78,9%	72,8%	76,4%	96,8%	76,8%	88,1%	-67,7%	51,6%	-72,6%	70,3%	86,2%	97,6%
APL (médecins libéraux)	39,3%	-38,4%	58,4%	-18,6%	-52,8%	100,0%	-53,8%	-15,7%	-34,6%	-48,6%	-36,7%	-51,3%	78,5%	-19,1%	79,2%	-44,0%	-49,8%	-48,4%
Densité de médecins français à diplôme étranger	-2,7%	91,1%	-25,4%	59,0%	78,9%	-53,8%	100,0%	65,5%	88,0%	68,5%	72,4%	73,1%	-45,6%	43,4%	-49,9%	55,0%	65,8%	75,4%
Densité de médecins étrangers à diplôme étranger	4,0%	90,9%	-10,9%	76,1%	72,8%	-15,7%	65,5%	100,0%	88,4%	69,7%	70,5%	62,1%	-17,2%	53,5%	-23,3%	53,6%	70,7%	67,7%
Densité de médecins spécialistes à diplôme étranger	8,4%	97,0%	-15,7%	67,1%	76,4%	-34,6%	88,0%	88,4%	100,0%	71,5%	61,0%	58,1%	-31,8%	34,8%	-35,4%	41,7%	66,1%	72,2%
Part des médecins à diplôme étranger chez les médecins spécialistes	-57,9%	76,0%	-67,5%	48,6%	96,8%	-48,6%	68,5%	69,7%	71,5%	100,0%	65,0%	77,0%	-66,7%	40,3%	-70,2%	59,0%	82,5%	94,7%
Densité de médecins généralistes à diplôme étranger	-19,2%	78,6%	-25,1%	70,7%	76,8%	-36,7%	72,4%	70,5%	61,0%	65,0%	100,0%	93,9%	-31,5%	84,3%	-41,0%	87,6%	75,7%	72,4%
Part des médecins à diplôme étranger chez les médecins généralistes	-43,0%	74,4%	-47,1%	60,7%	88,1%	-51,3%	73,1%	62,1%	58,1%	77,0%	93,9%	100,0%	-56,6%	75,1%	-64,5%	89,1%	81,1%	85,2%
Densité de médecins généralistes libéraux	72,5%	-34,6%	84,1%	-10,4%	-67,7%	78,5%	-45,6%	-17,2%	-31,8%	-66,7%	-31,5%	-56,6%	100,0%	-10,7%	99,3%	-42,8%	-56,7%	-65,7%
Densité de médecins généralistes libéraux à diplôme étranger	-15,0%	53,3%	-7,0%	73,8%	51,6%	-19,1%	43,4%	53,5%	34,8%	40,3%	84,3%	75,1%	-10,7%	100,0%	-22,5%	92,9%	65,2%	45,7%
Densité de médecins généralistes libéraux à diplôme français	72,8%	-40,3%	83,2%	-19,0%	-72,6%	79,2%	-49,9%	-23,3%	-35,4%	-70,2%	-41,0%	-64,5%	99,3%	-22,5%	100,0%	-53,1%	-63,4%	-69,9%
Part de médecins étrangers chez les médecins généralistes libéraux	-36,8%	59,7%	-34,8%	67,7%	70,3%	-44,0%	55,0%	53,6%	41,7%	59,0%	87,6%	89,1%	-42,8%	92,9%	-53,1%	100,0%	78,4%	63,9%
Part de médecins étrangers chez les médecins libéraux	-43,2%	75,0%	-50,5%	79,6%	86,2%	-49,8%	65,8%	70,7%	66,1%	82,5%	75,7%	81,1%	-56,7%	65,2%	-63,4%	78,4%	100,0%	74,9%
Part de médecins étrangers chez les médecins salariés	-53,7%	78,7%	-58,8%	47,2%	97,6%	-48,4%	75,4%	67,7%	72,2%	94,7%	72,4%	85,2%	-65,7%	45,7%	-69,9%	63,9%	74,9%	100,0%

Annexe 10 : Limites de l'accessibilité potentielle localisée (APL)

L'APL permet de répondre aux principales limites des indicateurs classiques d'accessibilité spatiale tels que la densité ou le temps d'accès au médecin le plus proche, notamment en faisant apparaître localement des disparités que ces indicateurs ont tendance à masquer. Mais elle même présente quelques limites liées à son mode de calcul :

- **Quantification de l'offre** : dans le calcul de l'APL, certains types d'offre ne sont pas pris en compte. C'est le cas par exemple de l'offre de soins proposée par les centres de santé dans lesquels les médecins sont salariés et dont l'activité ne figure pas dans les données de l'assurance maladie ainsi que l'offre de consultations externes à l'hôpital public. Ceci constitue une limite en termes d'exhaustivité de l'offre disponible.
- **Moyens de transports** : le temps d'accès au médecin est calculé en prenant comme référence la route en voiture. Bien qu'une grande partie des déplacements pour accéder aux soins se fassent en voiture, une autre partie de la population utilise les transports en commun ou un autre moyen de déplacement introduisant ainsi de fortes variabilités spatiales selon le type de territoire.
- **Localisation de la population** : la population et les médecins sont localisés à la mairie de leur commune de résidence ou d'exercice. Cette approximation ainsi que le choix du seuil utilisé pour définir le niveau d'accessibilité du médecin, ont un impact important sur le calcul de l'APL.
- **L'offre hors lieu de résidence** : l'offre ne tient pas compte de celle autour du lieu de travail, certains patients préférant obtenir des soins de premiers recours près de leur travail ou de leur lieu d'achat. Néanmoins, l'adresse résidentielle est particulièrement adaptée pour les populations peu mobiles telles que les enfants et les personnes âgées.

Annexe 11 : Accessibilité potentielle localisée (APL) au niveau départemental

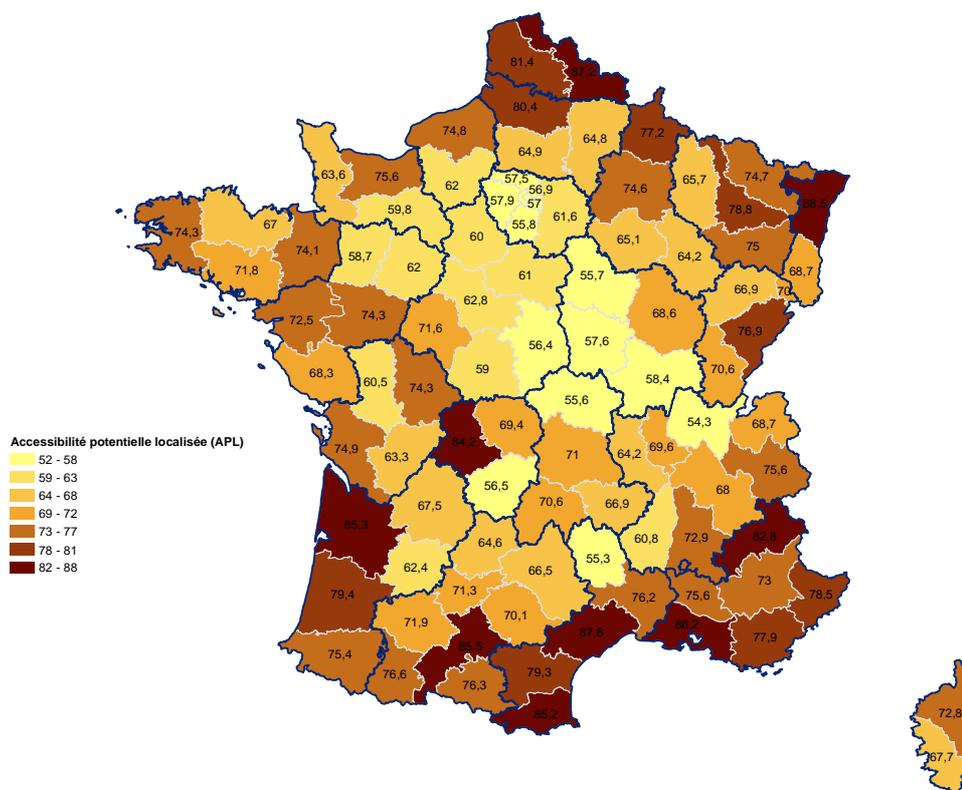
En 2010, l'APL au niveau départemental varie :

- chez les médecins généralistes libéraux de 52 médecins à temps plein pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-Seine à 88 dans le Bas-Rhin ;
- chez les chirurgiens-dentistes libéraux de 26 chirurgiens-dentistes à temps plein pour 100 000 habitants dans le département de l'Orne à 71 en Haute-Garonne ;
- pour les pharmacies, de 25 pharmacies pour 100 000 habitants dans le Haut-Rhin à 50 à Paris ;
- chez les sages-femmes libérales de 0,6 sages-femmes à temps plein pour 100 000 habitants en Haute-Corse à 8,5 dans l'Hérault.

La valeur moyenne de l'**APL des médecins** en France métropolitaine est de 69 médecins généralistes libéraux en équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants.

A l'exception de la Haute-Vienne, les départements où l'APL des médecins libéraux est la plus forte sont tous frontaliers de la Belgique, de l'Allemagne, de la Suisse, de l'Italie et de l'Espagne : le Bas-Rhin, l'Hérault, le Nord, les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne, la Gironde, les Pyrénées Orientales, les Hautes-Alpes, le Pas-de-Calais.

Accessibilité potentielle localisée des médecins libéraux en 2010*



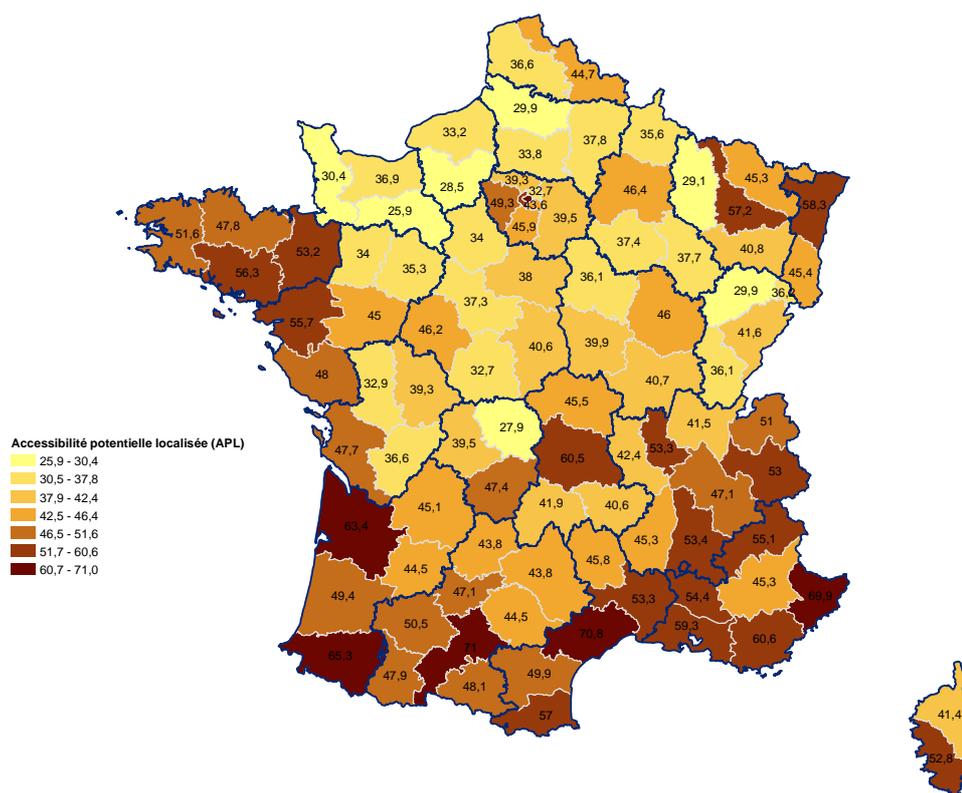
Source : Drees ; Irdes 2012 ; Exploitation : Fnors/ORS

* Anciennes régions

La valeur moyenne de l'APL des chirurgiens-dentistes en France métropolitaine est de 45 chirurgiens-dentistes libéraux en équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants.

En dehors de Paris, la Meurthe-et-Moselle et la Bas-Rhin, les départements où l'APL est la plus forte sont en majorité situés dans le sud et l'ouest de la France : Haute-Garonne, Hérault, Alpes-Maritimes, Paris, Pyrénées Atlantiques, Gironde, Var, Puy-de-Dôme, Bouches-du-Rhône, Pyrénées Orientales, Morbihan et Loire-Atlantique.

Accessibilité potentielle localisée des chirurgiens-dentistes libéraux en 2010*



Source : Drees ; Irdes 2012 ; exploitation : Fnors/ORS

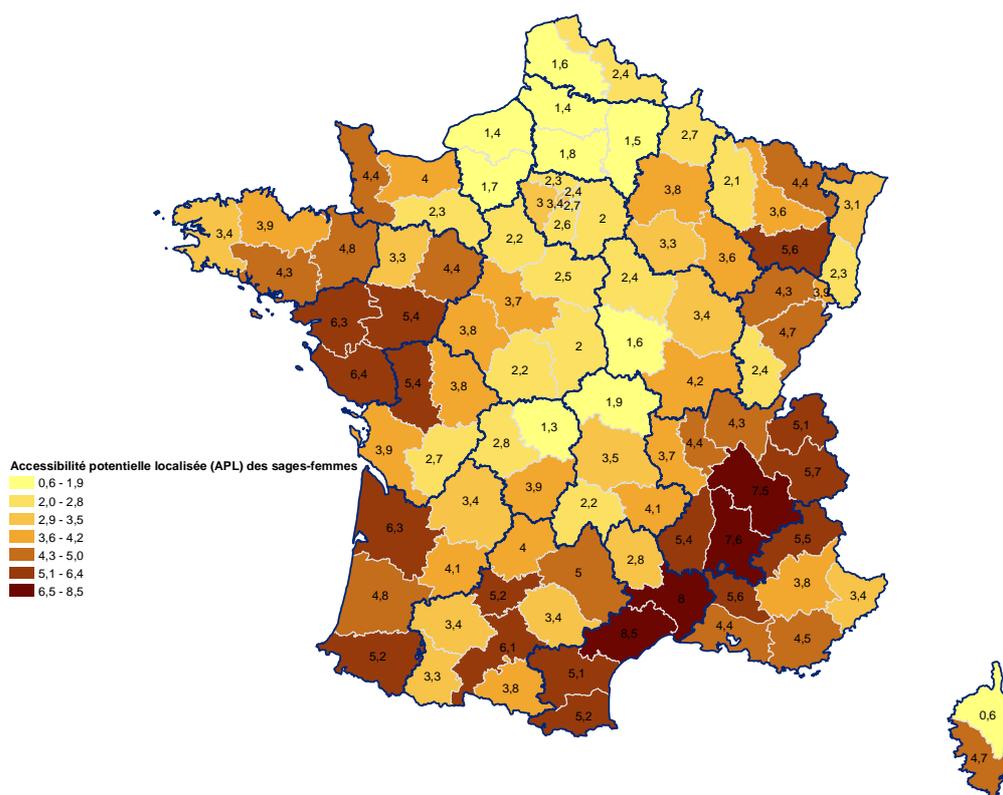
* Anciennes régions

La valeur moyenne de l'APL des sages-femmes en France métropolitaine est de 3,8 sages-femmes libérales en équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants.

Comme pour les chirurgiens-dentistes libéraux, les départements où l'APL de sages-femmes est la plus forte sont en majorité situés dans le sud et l'ouest de la France, mais les effectifs de sages-femmes sont faibles pour que la répartition spatiale soit analysée avec prudence.

Il faut noter que l'APL des sages-femmes est calculée en ETP pour 100 000 habitants, alors que la densité de sages-femmes analysée dans le prochain chapitre s'exprime en nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

Accessibilité potentielle localisée des sages-femmes libérales en 2010*



A noter : l'APL des pharmacies n'est pas analysée dans cette étude qui se limite aux pharmaciens.

Annexe 12 : Nationalité des professionnels suivant le pays d'obtention du diplôme

Effectifs des médecins à diplôme étranger au 01/01/2015 selon la nationalité

Médecins ayant un diplôme européen

Nationalité du diplômé		
Nombre de médecins	8 880	100,0%
Roumains	2 866	32,3%
Belges	1 325	14,9%
Français	1 301	14,7%
Italiens	991	11,2%
Allemands	718	8,1%
Espagnols	432	4,9%
Bulgares	267	3,0%
Grecs	178	2,0%
Polonais	129	1,5%
Hollandais	109	1,2%
Hongrois	81	0,9%
Anglais	71	0,8%
Suisses	67	0,8%
Portugais	60	0,7%
Tchéques	41	0,5%
Slovaques	39	0,4%
Lituanais	30	0,3%
Autrichiens	26	0,3%
Luxembourgeois	22	0,2%
Lettons	20	0,2%
Autres nationalités	107	1,2%

Médecins ayant un diplôme extra-européen

Nationalité du diplômé		
Nombre de médecins	12 683	100,0%
Français	8 971	70,7%
Algériens	1 188	9,4%
Tunisiens	355	2,8%
Marocains	349	2,8%
Syriens	263	2,1%
Roumains	170	1,3%
Libanais	138	1,1%
Congolais	121	1,0%
Camerounais	107	0,8%
Malgaches	95	0,7%
Togolais	61	0,5%
Italiens	54	0,4%
Argentins	41	0,3%
Bénois	38	0,3%
Iraniens	36	0,3%
Egyptiens	36	0,3%
Espagnols	34	0,3%
Belges	30	0,2%
Sénégalais	26	0,2%
Polonais	25	0,2%
Autres nationalités	545	4,3%

Médecins ayant un diplôme étranger

Nationalité du diplômé		
Nombre de médecins	21 563	100,0%
Français	10 272	47,6%
Roumains	3 036	14,1%
Belges	1 355	6,3%
Algériens	1 189	5,5%
Italiens	1 045	4,8%
Allemands	742	3,4%
Espagnols	466	2,2%
Tunisiens	359	1,7%
Marocains	351	1,6%
Bulgares	288	1,3%
Syriens	265	1,2%
Grecs	181	0,8%
Polonais	154	0,7%
Libanais	145	0,7%
Congolais	127	0,6%
Camerounais	124	0,6%
Hollandais	111	0,5%
Malgaches	95	0,4%
Hongrois	86	0,4%
Anglais	77	0,4%
Autres nationalités	1 095	5,1%

Médecins ayant un diplôme français

Nationalité du diplômé		
Nombre de médecins	200 585	100,0%
Français	198 659	99,0%
Marocains	366	0,2%
Tunisiens	258	0,1%
Allemands	168	0,1%
Luxembourgeois	92	0,0%
Algériens	87	0,0%
Belges	78	0,0%
Italiens	69	0,0%
Grecs	51	0,0%
Portugais	48	0,0%
Espagnols	46	0,0%
Roumains	42	0,0%
Libanais	39	0,0%
Camerounais	38	0,0%
Mauriciens	37	0,0%
Congolais	33	0,0%
Anglais	32	0,0%
Togolais	32	0,0%
Polonais	26	0,0%
Hollandais	18	0,0%
Autres nationalités	366	0,2%

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Effectifs des chirurgiens-dentistes au 01/01/2015 selon la nationalité

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme européen

Nationalité du diplômé		
Nombre de Chirurgiens-dentistes	1 568	100,0%
Français	389	24,8%
Roumains	311	19,8%
Espagnols	307	19,6%
Belges	167	10,7%
Portugais	144	9,2%
Allemands	59	3,8%
Italiens	35	2,2%
Anglais	26	1,7%
Polonais	17	1,1%
Bulgares	16	1,0%
Grecs	16	1,0%
Hollandais	12	0,8%
Suédois	11	0,7%
Danois	7	0,4%
Tchéques	5	0,3%
Norvégiens	4	0,3%
Hongrois	4	0,3%
Irlandais	4	0,3%
Libanais	4	0,3%
Tunisiens	4	0,3%
Autres nationalités	26	1,7%

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme extra-européen

Nationalité du diplômé		
Nombre de Chirurgiens-dentistes	972	100,0%
Roumains	426	43,8%
Français	388	39,9%
Libanais	22	2,3%
Algériens	21	2,2%
Marocains	16	1,6%
Polonais	15	1,5%
Allemands	8	0,8%
Tunisiens	9	0,9%
Vietnamiens	7	0,7%
Bulgares	6	0,6%
Espagnols	6	0,6%
Syriens	5	0,5%
Turcs	4	0,4%
Portugais	3	0,3%
Canadiens	3	0,3%
Egyptiens	2	0,2%
Albanais	2	0,2%
Italiens	2	0,2%
Iraniens	2	0,2%
Argentins	2	0,2%
Autres nationalités	23	2,4%

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme étranger

Nationalité du diplômé		
Nombre de Chirurgiens-dentistes	2 540	100,0%
Français	777	30,6%
Roumains	737	29,0%
Espagnols	313	12,3%
Belges	168	6,6%
Portugais	147	5,8%
Allemands	67	2,6%
Italiens	37	1,5%
Polonais	32	1,3%
Anglais	27	1,1%
Libanais	26	1,0%
Bulgares	22	0,9%
Algériens	22	0,9%
Marocains	21	0,8%
Grecs	17	0,7%
Tunisiens	13	0,5%
Suédois	12	0,5%
Hollandais	12	0,5%
Danois	7	0,3%
Vietnamiens	7	0,3%
Camerounais	6	0,2%
Autres nationalités	70	2,8%

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme français

Nationalité du diplômé		
Nombre de Chirurgiens-dentistes	38 952	100,0%
Français	38 428	98,7%
Marocains	180	0,5%
Tunisiens	114	0,3%
Libanais	29	0,1%
Allemands	28	0,1%
Belges	19	0,0%
Camerounais	18	0,0%
Portugais	14	0,0%
Algériens	14	0,0%
Italiens	11	0,0%
Roumains	8	0,0%
Iraniens	8	0,0%
Espagnols	7	0,0%
Vietnamiens	6	0,0%
Gabonais	6	0,0%
Mauriciens	6	0,0%
Anglais	5	0,0%
Hollandais	4	0,0%
Russes	3	0,0%
Luxembourgeois	3	0,0%
Autres nationalités	41	0,1%

Source : RPPS 201 ; exploitation : Fnors/ORS

Effectifs des sages-femmes à diplôme étranger selon la nationalité au 01/01/2015

Sages-femmes ayant un diplôme européen

Nationalité du diplômé		
Nombre de sages-femmes	1 137	72,5%
Français	1 037	91,2%
Belges	42	3,7%
Allemands	14	1,2%
Anglais	14	1,2%
Irlandais	8	0,7%
Italiens	6	0,5%
Polonais	4	0,4%
Suisses	4	0,4%
Espagnols	3	0,3%
Hollandais	2	0,2%
Autrichiens	1	0,1%
Bulgares	1	0,1%
Portugais	1	0,1%

Sages-femmes ayant un diplôme extra-européen

Nationalité du diplômé		
Nombre de sages-femmes	142	14,6%
Français	104	73,2%
Algériens	12	8,5%
Marocains	6	4,2%
Sénégalais	5	3,5%
Libanais	4	2,8%
Ivoiriens	2	1,4%
Tunisiens	2	1,4%
Irlandais	1	0,7%
Bénois	1	0,7%
Gabonais	1	0,7%
Mauritaniens	1	0,7%
Togolais	1	0,7%
Comoriens	1	0,7%
Péruviens	1	0,7%

Sages-femmes ayant un diplôme étranger

Nationalité du diplômé		
Nombre de sages-femmes	1 279	50,4%
Français	1 141	89,2%
Belges	42	3,3%
Allemands	14	1,1%
Anglais	14	1,1%
Algériens	12	0,9%
Irlandais	9	0,7%
Italiens	6	0,5%
Marocains	6	0,5%
Sénégalais	5	0,4%
Polonais	4	0,3%
Suisses	4	0,3%
Libanais	4	0,3%
Espagnols	3	0,2%
Hollandais	2	0,2%
Ivoiriens	2	0,2%
Tunisiens	2	0,2%
Autrichiens	1	0,1%
Bulgares	1	0,1%
Portugais	1	0,1%
Bénois	1	0,1%
Autres nationalités	5	0,4%

Sages-femmes ayant un diplôme français

Nationalité du diplômé		
Nombre de sages-femmes	20 353	52,3%
Français	20 283	99,7%
Camerounais	9	0,0%
Belges	5	0,0%
Portugais	5	0,0%
Marocains	5	0,0%
Algériens	5	0,0%
Italiens	4	0,0%
Anglais	4	0,0%
Malgaches	4	0,0%
Mauriciens	4	0,0%
Ivoiriens	3	0,0%
Bulgares	2	0,0%
Espagnols	2	0,0%
Luxembourgeois	2	0,0%
Iraniens	2	0,0%
Libanais	2	0,0%
Togolais	2	0,0%
Roumains	1	0,0%
Hollandais	1	0,0%
Monégasques	1	0,0%
Autres nationalités	7	0,0%

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Effectifs des pharmaciens à diplôme étranger selon la nationalité au 01/01/2015

Pharmaciens ayant un diplôme européen

Nationalité du diplômé		
Nombre de pharmaciens	746	100,0%
Français	327	43,8%
Belges	111	14,9%
Italiens	86	11,5%
Espagnols	50	6,7%
Roumains	24	3,2%
Allemands	23	3,1%
Marocains	21	2,8%
Portugais	20	2,7%
Camerounais	15	2,0%
Polonais	10	1,3%
Lituanais	5	0,7%
Britanniques	5	0,7%
Hollandais	5	0,7%
Tchèques	4	0,5%
Libanais	4	0,5%
Algériens	4	0,5%
Danois	3	0,4%
Slovaques	3	0,4%
Irlandais	3	0,4%
Luxembourgeois	3	0,4%

Pharmaciens ayant un diplôme extra-européen

Nationalité du diplômé		
Nombre de pharmaciens	352	100,0%
Français	265	75,3%
Algériens	39	11,1%
Libanais	7	2,0%
Syriens	6	1,7%
Camerounais	6	1,7%
Guinéens	5	1,4%
Tunisiens	5	1,4%
Roumains	4	1,1%
Sénégalais	4	1,1%
Marocains	2	0,6%
Allemands	1	0,3%
Britanniques	1	0,3%
Portugais	1	0,3%
Vietnamiens	1	0,3%
Burundais	1	0,3%
Centrafricains	1	0,3%
Congolais	1	0,3%
Américains	1	0,3%
Péruviens	1	0,3%

Pharmaciens ayant un diplôme étranger

Nationalité du diplômé		
Nombre de pharmaciens	1 098	100,0%
Français	592	53,9%
Belges	111	10,1%
Italiens	86	7,8%
Espagnols	50	4,6%
Algériens	43	3,9%
Roumains	28	2,6%
Allemands	24	2,2%
Marocains	23	2,1%
Portugais	21	1,9%
Camerounais	21	1,9%
Libanais	11	1,0%
Polonais	10	0,9%
Syriens	8	0,7%
Tunisiens	8	0,7%
Britanniques	6	0,5%
Lituanais	5	0,5%
Hollandais	5	0,5%
Guinéens	5	0,5%
Tchèques	4	0,4%
Sénégalais	4	0,4%
Autres nationalités	33	3,0%

Pharmaciens ayant un diplôme français

Nationalité du diplômé		
Nombre de pharmaciens	73 245	100,0%
Français	72 449	98,9%
Marocains	209	0,3%
Algériens	104	0,1%
Camerounais	84	0,1%
Tunisiens	81	0,1%
Malgaches	46	0,1%
Libanais	35	0,0%
Belges	29	0,0%
Vietnamiens	23	0,0%
Congolais	22	0,0%
Ivoiriens	17	0,0%
Iraniens	12	0,0%
Bénois	12	0,0%
Portugais	10	0,0%
Allemands	9	0,0%
Luxembourgeois	9	0,0%
Mauriciens	9	0,0%
Cambodgiens	8	0,0%
Gabonais	8	0,0%
Espagnols	6	0,0%
Autres nationalités	63	0,1%

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Annexe 13 : Médecins inscrits au RPPS de 2012 à 2015 suivant l'année d'effet d'exercice

Médecins inscrits au RPPS en 2012, 2013, 2014 et 2015 ayant un diplôme principal obtenu à l'étranger (DE, DDE ou DAU – définition C) par année d'effet d'exercice (de 1990 à 2014)

Année d'effet d'exercice	RPPS 2012	RPPS 2013	RPPS 2014	RPPS 2015
Avant 1975	5	4	3	3
1975	13	12	12	12
1976	9	7	7	7
1977	35	31	24	26
1978	32	31	27	22
1979	57	54	51	48
1980	54	49	45	43
1981	58	54	50	47
1982	60	57	56	49
1983	82	80	73	69
1984	95	92	88	79
1985	83	81	79	74
1986	98	94	92	90
1987	114	111	110	105
1988	119	118	115	114
1989	141	141	137	136
1990	111	106	101	96
1991	121	119	117	115
1992	95	94	96	93
1993	198	192	192	188
1994	139	139	138	135
1995	137	132	132	129
1996	163	161	160	155
1997	539	539	528	522
1998	908	904	899	891
1999	1 318	1 322	1 314	1 299
2000	1 662	1 650	1 647	1 638
2001	907	896	884	880
2002	1 123	1 120	1 111	1 105
2003	835	829	826	818
2004	829	825	823	819
2005	402	393	385	382
2006	425	408	392	384
2007	1 360	1 337	1 316	1 298
2008	1 176	1 165	1 151	1 137
2009	1 129	1 098	1 091	1 078
2010	1 351	1 309	1 292	1 287
2011	1 579	1 573	1 527	1 492
2012		1 435	1 444	1 416
2013			1 521	1 552
2014				1 730
Total général	17 562	18 762	20 056	21 563

Sources : RPPS/Drees 2012 à 2015

Annexe 14 : Nombre de sages-femmes diplômées

2013 SAGES FEMMES

TABLEAU 1A - RÉPARTITION DES INSCRITS

	Année d'étude	Session	Effectif Total				
			Femmes	Hommes	Total	Dont étrangers	
Effectif Total	1 ^{ère}	1 ^{ère}	34	1	35	0	
		2 ^{ème}	996	20	1 016	8	
		Total	1 030	21	1 051	8	
	2 ^{ème}	1 ^{ère}	76	3	79	0	
		2 ^{ème}	928	36	964	3	
		Total	1 004	39	1 043	3	
	3 ^{ème}	1 ^{ère}	75	4	79	0	
		2 ^{ème}	830	49	879	2	
		Total	905	53	958	2	
	4 ^{ème}	1 ^{ère}	30	0	30	0	
		2 ^{ème}	841	86	927	5	
		Total	871	86	957	5	
	Total			3 810	199	4 009	18

	Femmes	Hommes	Total
Dont allègement ou réduction de scolarité (suite à VAE partielle ou hors VAE)	10	0	10

TABLEAU 1B - NOUVEAUX INSCRITS

	Femmes	Hommes	Total
Dont nouveaux inscrits*	937	19	956

* Nouveaux inscrits en 1^{ère} année ou entrés directement dans les années suivantes

TABLEAU 1C - DIPLÔMES DÉLIVRÉS

	Session	Femmes	Hommes	Total
Nombre de présentés hors VAE	1 ^{ère}	846	71	917
	2 ^{ème}	151	36	187
	Total	997	107	1 104
Nombre de reçus hors VAE	1 ^{ère}	709	40	749
	2 ^{ème}	133	32	165
	Total	842	72	914
Nombre de présentés après VAE puis parcours de formation	1 ^{ère}	0	0	0
	2 ^{ème}	0	0	0
	Total	0	0	0
Nombre de reçus après VAE puis parcours de formation	1 ^{ère}	0	0	0
	2 ^{ème}	0	0	0
	Total	0	0	0

Source : Drees,

http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,491 ; (consulté le 31 décembre 2015) Annexe 15 : Nombre de diplômes délivrés en médecine, odontologie et pharmacie - 2011 à 2013 (recueil ONDPS)

Annexe 15 : Nombre de diplômes délivrés en médecine, odontologie et pharmacie - 2011 à 2013 (recueil ONDPS)

Nombre de diplômes (DES) délivrés en médecine - 2011 à 2013

Diplômes délivrés au titre de l'année universitaire :	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Alsace	137	100	187
Antilles Guyane	32	57	71
Aquitaine	204	287	264
Auvergne	122	127	119
Basse-Normandie	100	121	121
Bourgogne	107	133	148
Bretagne	144	302	286
Centre	99	121	142
Champagne-Ardenne	138	136	159
Franche Comté	117	130	128
Haute-Normandie	137	161	195
Ile-de-France	823	864	900
Languedoc-Roussillon	141	179	189
Limousin	67	67	68
Lorraine	189	217	184
Midi-Pyrénées	207	261	237
Nord-Pas-de-Calais	283	476	478
Océan Indien	37	60	55
PACA + Corse	271	312	378
Pays de la Loire	276	278	379
Picardie	135	155	165
Poitou-Charentes	156	158	160
Rhône-Alpes	534	365	576
Total général	4456	5067	5589

Source : Recueil ONDPS 2013, 2014 et 2015

Diplômes délivrés au titre de l'année universitaire :	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Médecine générale	2030	2338	2780
Anesthésiologie - réanimation	251	286	285
Biologie médicale	62	72	63
Gynécologie médicale	17	25	32
Gynécologie-obstétrique	144	150	157
Médecine du travail	50	67	61
Pédiatrie	198	232	216
Psychiatrie	299	319	358
Santé publique et médecine sociale	53	54	54
SPECIALITES FILIARISEES	3104	3543	4006
Anatomie et cytologie pathologique	26	36	27
Cardiologie et maladies vasculaires	140	150	154
Dermatologie et vénéréologie	60	56	74
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	40	49	34
Gastro-entérologie et hépatologie	65	89	82
Génétique médicale	8	7	6
Hématologie	23	25	29
Médecine interne	59	60	68
Médecine nucléaire	24	22	41
Médecine physique et réadaptation	20	24	51
Néphrologie	43	73	73
Neurologie	55	74	84
Oncologie option oncologie médicale	37	24	2
Oncologie option radiothérapie	20	24	33
Oncologie option onco-hématologie	6	2	31
Pneumologie	54	49	67
Radiodiagnostic et imagerie médicale	132	144	148
Rhumatologie	42	37	52
SPECIALITES MEDICALES	854	945	1056
Chirurgie générale	344	387	357
Neurochirurgie	18	32	13
Ophthalmologie	76	96	104
ORL et chirurgie cervico-faciale	56	59	53
Stomatologie	4	5	0
SPECIALITES CHIRURGICALES	498	579	527
TOTAL GENERAL	4456	5067	5589

Source : Recueil ONDPS 2013, 2014 et 2015

Nombre de diplômes délivrés en odontologie - 2011 à 2013

		Diplômes du troisième cycle court délivrés au titre de l'année universitaire :		
Régions	Subdivisions	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Alsace	Strasbourg	57	61	68
Aquitaine	Bordeaux	0	0	65
Auvergne	Clermont	49	60	54
Bretagne	Rennes	41	55	33
	Brest	19	22	20
Champagne-Ardenne	Reims	50	48	51
Ile-de-France	Paris 5	88	108	165
	Paris 7	0	0	
Languedoc-Roussillon	Montpellier	56	51	53
Lorraine	Lorraine	60	63	49
Midi-Pyrénées	Toulouse	72	70	67
Nord-Pas-de-Calais	Lille	68	88	84
PACA + Corse	Marseille	56	56	64
	Nice	38	28	32
Pays de la Loire	Nantes	67	59	75
Rhône-Alpes	Lyon	84	73	69
Total général		805	842	949

Source : Recueil ONDPS 2014 et 2015

Note: Il n'existe que 16 UFR d'odontologie en France présentes dans 13 régions.

Données non transmises pour Bordeaux et Paris 7 pour les années universitaires 2011-2012 et 2012-2013

Nombre de diplômes délivrés en pharmacie - 2011 à 2013

		Diplômes du troisième cycle court (industrie et officine) délivrés au titre de l'année universitaire :		
Interrégions		2011-2012	2012-2013	2013-2014
Ile-de-France		446	0	537
Nord-Est		378	356	386
Nord-Ouest		302	391	323
Ouest		352	348	307
Rhône-Alpes Auvergne		303	272	262
Sud		329	306	359
Sud-Ouest		245	312	234
Total général		2355	1985	2408

Source : Recueil ONDPS 2013, 2014 et 2015

Note : Données non transmises en Ile-de-France pour l'année universitaire 2012-2013

Interrégions	Régions
Ile-de-France	Ile-de-France
Nord-Est	Alsace
	Bourgogne
	Champagne-Ardenne
	Franche Comté
	Lorraine
Nord-Ouest	Basse-Normandie
	Haute-Normandie
	Nord-Pas-de-Calais
	Picardie
Ouest	Bretagne
	Centre
	Pays de la Loire
	Poitou-Charentes
Rhône-Alpes Auvergne	Auvergne
	Rhône-Alpes
Sud	Languedoc-Roussillon
	PACA + Corse
Sud-Ouest	Aquitaine
	Limousin
	Midi-Pyrénées

Annexe 16 : Approche du taux d'évaporation

Dans ce rapport, la démarche exploratoire de calcul des taux d'évaporation a été déclinée sur la base des nouveaux inscrits en 2014 et du nombre de diplômés. Il est également possible de rapporter le nombre de nouveaux inscrits en 2014 aux places ouvertes (numerus clausus) dans les filières pour les années correspondantes à l'admission au concours même si cette démarche est plus contestable.

Les différents résultats sont ensuite comparés et commentés.

Calcul en fonction des numerus clausus (NC)

L'Ordre des pharmaciens calcule dans ses panoramas un taux d'évaporation en tenant compte du rapport entre le nombre de nouveaux inscrits depuis moins de 3 années et le numerus clausus à l'année d'entrée en formation soit 6 ans plus tôt (CNOP, 2015).

La durée des études classiques de pharmacie est effectivement de 6 années.

Le seuil de 3 ans paraît cohérent avec la proportion des pharmaciens diplômés qui s'inscrivent à l'Ordre alors qu'ils sont diplômés de moins de 3 ans. En effet sur la base des données RPPS/Drees 2015, il a pu être estimé que plus de 80 % (82,3 %) des pharmaciens diplômés (parmi ceux ayant obtenu un DE en France³²) se sont inscrits dans les 3 années suivant l'obtention de leur diplôme.

Ce calcul a été effectué sur la base des dates précises d'obtention du diplôme et d'effet d'exercice (soit sur un nombre de jours entre ces deux dates).

Appliqué aux autres professions, il a été estimé que plus de 80 % des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes de la base RPPS/Drees 2015 s'étaient inscrits au cours de la 1^{ère} année suivant l'obtention de leur diplôme (respectivement 88,3 - 92,0 et 85,6 %) (cf. tableau page suivante).

Pour les médecins, il a également été distingué les médecins généralistes et les médecins spécialistes, la durée des études étant plus longue pour ces derniers. La part des inscrits la 1^{ère} année est de 90,6 % pour les médecins généralistes et 86,0 % pour les médecins spécialistes.

De même il a été distingué les pharmaciens d'officine, d'industrie ou de la distribution (sections A à D ainsi que la E³³) ayant étudié pendant 6 ans et, les pharmaciens ayant passé l'internat et étudié 9 ans (biologistes, pharmaciens hospitaliers, ... correspondant aux tableaux G et H). Pour les premiers, 84,7 % s'inscrivent au cours des trois premières années après l'obtention du diplôme (60,6 % la première année ; 16,5 % la deuxième et donc 7,6 % la troisième). Pour les pharmaciens ayant passé l'internat, 3 ans après l'obtention du diplôme, seuls 70,1 % se sont inscrits (77 % au bout de 4 ans). Pour ceux-ci, le délai moyen d'inscription³⁴ est le plus long (903 jours) et c'est pour les chirurgiens-dentistes qu'il est le plus court (140 jours). Pour les médecins il est de 267 jours (8,8 mois) et 231 jours (7,6 mois) respectivement pour les généralistes et spécialistes. Le CNOM dans son Atlas 2015 évoque pour les diplômés en France (tous confondus) un délai moyen de 7 mois.

Sur la base de ces calculs, il est donc proposé d'évaluer le taux d'évaporation des diplômés médecins, odontologistes et sages-femmes, en considérant les nouveaux inscrits depuis 1 an et, de 3 ans pour les pharmaciens - officine/industrie, et 4 ans pour les pharmaciens - Internat.

³² Puisqu'il s'agit ici d'étudier les flux sortants de France des professionnels de santé, il n'a effectivement été retenu qu'uniquement les professionnels ayant obtenu un diplôme d'État (DE) en France, c'est-à-dire ceux entrant dans le numerus clausus, ensuite *a priori* diplômés pour la plupart.

³³ Les pharmaciens du tableau E sont ceux exerçant leur art dans les DOM et à Wallis & Futuna, Mayotte et Saint-Pierre et Miquelon, sans distinction de poste. Ils sont relativement peu nombreux au regard de l'ensemble des professionnels (1 648 pour un total de 73 245 professionnels ayant eu un DE en France et inscrits dans la base RPPS/Drees 2015). Ils ont donc tout été inclus dans ce 1^{er} groupe de pharmaciens ayant étudié 6 ans.

³⁴ Les taux d'inscription et délais ont été calculés en excluant les valeurs entre obtention du diplôme et date d'effet négatives et les valeurs correspondant à plus de 40 ans (quelques-unes).

Effectifs et parts de professionnels de santé diplômés en France (DE) s'étant inscrits à l'Ordre la 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} année après l'obtention de leur diplôme

Inscription à l'Ordre après obtention du diplôme la		1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	Total exploitable*	Délai moyen entre obtention diplôme et inscriptions (en j)
Effectifs et parts (%) de professionnels diplômés en France s'étant inscrits à l'Ordre	Tous Médecins	177 044	11 558	4 254	7 698	200 554	250j
		88,3%	5,8%	2,1%	3,8%	100,0%	
	Médecins généralistes	88 296	4 573	1 334	3 199	97 402	267 j
		90,6%	4,7%	1,4%	3,3%	100,0%	
	Médecins spécialistes	88 748	6 985	2 920	4 499	103 152	231 j
		86,0%	6,8%	2,8%	4,4%	100,0%	
	Odontologistes	35 839	1 851	442	814	38 946	
		92,0%	4,7%	1,1%	2,1%	100,0%	
	Sages-femmes	17 409	372	244	2 319	20 344	
		85,6%	1,8%	1,2%	11,4%	100,0%	
	Tous Pharmaciens	43 453	11 227	5 275	12 855	72 810	698 j
		59,7%	15,4%	7,2%	17,6%	100,0%	
Pharmaciens-6ans	35 874	9 784	4 516	9 035	59 209	651 j	
	60,60%	16,50%	7,60%	15,30%	100,00%		
Pharmaciens-9ans	7579	1443	609	3971	13602	903 j	
	55,7%	10,6%	4,5%	29,2%	100,0%		

* Les taux d'inscription et délais ont été calculés en excluant les valeurs entre obtention du diplôme et date d'effet négatives et les valeurs correspondant à plus de 40 ans (quelques-unes).

Source : RPPS/Drees 2015 – exploitation FNORS/ORS

Les durées des études (y compris la 1^{ère} année de concours) prises en compte sont :

- 9 ans pour les médecins généralistes,
- 11 ans pour un certain nombre de médecins spécialistes,
- 6 ans pour les odontologistes (jusque 8/9 ans pour certains spécialistes mais *a priori* non distingués dans la base RPPS/Drees),
- 5 ans pour les sages-femmes,
- 6 ans pour les pharmaciens d'officine, d'entreprise de distribution ou la filière classique industrie (pharmaciens officine/industrie),
- 9 ans pour les pharmaciens passant l'internat (biologistes, pharmaciens hospitaliers notamment).

Les nombres de places ouvertes (numerus clausus) dans ces filières ont ainsi été recherchés pour les années correspondantes à l'admission au concours³⁵ (soit respectivement 2006 pour les médecins généralistes, 2004 pour les médecins spécialistes, 2009 pour les odontologistes, 2010 pour les sages-femmes, 2007 à 2009 pour les pharmaciens d'officine et 2003 à 2006 pour les pharmaciens passant l'internat³⁶).

Afin de tenir compte du délai entre la fin du cursus d'études proprement dit et la soutenance de thèse (correspondant à la date d'obtention du diplôme d'état), il a été réalisé une moyenne des places ouvertes pour les années mentionnées ci-dessus et une année antérieure (la soutenance de thèse peut à ce jour intervenir dans un délai maximal *a priori* de 3 ans pour les médecins et 2 ans pour les pharmaciens, mais il a été retenu l'hypothèse, même si cela n'a pu être vérifié, que cela était plus généralement sous un délai d'un an environ) (cf. tableau ci-dessus).

Une autre hypothèse est également que les professionnels n'ont pas redoublé ou invalidé des stages après leur admission en fin de 1^{ère} année. Le niveau de redoublement est cependant *a priori* assez faible.

D'autres diplômes peuvent être obtenus tels que les diplômes études spécialisées (DES), diplômes universitaires (DU)... Certains professionnels suivent ces enseignements avant leur soutenance de thèse,

³⁵ Année d'admission calculée comme suit « 2014-durée études+1 an » (l'admission se faisant en fin de 1^{ère} année).

³⁶ 3 et 4 années ont été prises en compte pour les pharmaciens ayant étudié respectivement 6 et 9 ans car comme montré auparavant, la part des professionnels inscrits à l'Ordre national des pharmaciens atteint environ 80 % respectivement au bout de 3 et 4 ans après l'obtention du diplôme.

d'autres après. Ceci pourrait donc en partie influencer sur le délai entre l'obtention du diplôme d'État (DE) et l'inscription à l'Ordre.

Pour les médecins (généralistes et spécialistes) et pour les pharmaciens (officine/industrie et internat), la moyenne des numerus clausus a ensuite été pondérée par la part représentée par les nouveaux inscrits en 2014 dans chacune des filières considérées (cf. tableau ci-dessous). (Par exemple la moyenne du NC pour les médecins généralistes est de 6 607 ; en 2014, les nouveaux inscrits généralistes représentaient 50,4 % des nouveaux médecins totaux, le NC ainsi retenu pour calculer le taux d'évaporation s'élève à 3 330 = 50,4 % x 6 607).

Numerus clausus des années correspondantes à l'admission en fin de 1^{ère} année d'étude des nouveaux inscrits en 2014

Professions	Durées des études	Années du NC considérées pour les nouveaux inscrits en 2014	Nombre de places	Moyenne des NC	NC retenus (pondérés pour médecins et pharmaciens)
Médecins généralistes	9 ans	2006 et 2005	7 013 et 6 200	6 607	3330
Médecins spécialistes	11 ans	2004 et 2003	5 550 et 5 100	5 325	2641
Odontologistes	6 ans	2009 et 2008	1 097 et 1 047	1 072	1072
Sages-femmes	5 ans	2010 et 2009	1 016 et 1 015	1 016	1016
Pharmaciens officine/industrie	6 ans	2007 à 2009 et 2006	2 990, 3 090, 3 090 et 2 990	3 040	2469
Pharmaciens Internat*	9 ans	2003 à 2006 et 2002	ND, 2 588, 2 790, 2 990 et ND	2 790	524

* 3 années ont été considérées pour les pharmaciens officine/industrie et 4 pour les pharmaciens Internat (36 (+ 1 année antérieure pour tenir compte du délai entre fin des études et soutenance de la thèse))

ND : non disponible

Sources : RPPS 2015 et numerus clausus PACES : <http://www.remede.org/pcep1/numerus-clausus-pcep1.html>, (consulté le 17 décembre 2015)

Résultats, discussion

Les taux d'évaporation ont ainsi été calculés pour les différents professionnels de santé et différentes méthodes. Ils varient de 0 % (valeur négative en réalité) pour les médecins spécialistes à 37,0 % pour les sages-femmes sur la base des numerus clausus retenus, voire pondérés.

Propositions de calculs de taux d'évaporation des professionnels de santé nouvellement inscrits en 2014

Professionnels de santé	Nombre de nouveaux inscrits en 2014 (DE obtenus en France)	Calcul sur base des numerus clausus		Calcul sur base d'autres données disponibles			Nombre de nouveaux inscrits en 2014 avec DEEE ou DAU	
		NC retenus	Taux évaporation sur base NC (%)	Nombre diplômés année universitaire 2012-2013	Sources	Taux évaporation sur base nombre de diplômés (%)		Effectifs évaporés sur base nombre de diplômés
Médecins généralistes	2 836	3330	14,8	2 338	recueil ONDPS	-21,3	0 (valeur négative)	313
Médecins spécialistes	2 791	2641	-5,7	2 729	recueil ONDPS	-2,3	0 (valeur négative)	1 417
Odontologistes	857	1072	20,1	d. incomplètes en 2012-2013 949 en 2013-2014 (uniquement cycle court)	recueil ONDPS	9,7	92	416
Sages-femmes	639	1015	37,0	914	Drees : sages femmes diplômés hors VAE	30,1	275	35
Pharmaciens officines/industries/autres (sections A à E)	1829	2469	25,9	d. incomplètes en 2012-2013 2 408 en 2013-2014	recueil ONDPS	24,0	579	86
Pharmaciens internat (Sections H et G)	423	524	19,3	non disponibles				30

Taux = 100 – (Nombre de nouveaux inscrits/NC retenus, voire pondérés) x 100 ou
100 – (nombre de nouveaux inscrits/nombre de diplômés) x 100 (en %)

Sources : RPPS/Drees 2015 ; numerus clausus, Drees : DT-STAT-195-La formation aux professions de la santé - 2013³⁷ ; recueil ONDPS 2013, 2014, 2015

³⁷ Drees. DT-STAT-195-La formation aux professions de la santé - 2013 [en ligne]

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,491> ; consulté le 17 décembre 2015.

De nombreuses hypothèses sont nécessaires pour élaborer ces taux. Ceci conduit à estimer un taux d'évaporation légèrement négatif pour les médecins spécialistes. Ces estimations doivent être considérées uniquement comme des ordres de grandeur. Les médecins et en particulier les spécialistes sont ceux pour lesquelles l'évaporation (la non inscription et donc le non exercice en France) semble la plus faible.

Il serait aussi intéressant d'approfondir les observations qui ont été soulevées dans le cadre de la démarche méthodologique. Il a effectivement été montré que pour les médecins, odontologistes et sages-femmes, l'inscription à l'Ordre intervenait finalement, contrairement peut-être à ce que nous pouvions imaginer, en général moins d'un an après l'obtention du DE (correspondant à la soutenance de thèse). Les pharmaciens quant à eux sont plus nombreux à s'inscrire plus tardivement. Une des explications pourrait être que certains pharmaciens de la filière industrie ou de la distribution exercent un temps sur un poste ne nécessitant pas une inscription à l'Ordre puis au bout de quelques années se tournent vers l'officine et s'inscrivent à l'Ordre. Pour celui-ci, ce taux d'évaporation pourrait révéler les problèmes d'attractivité du métier et les interrogations qui pèsent sur l'avenir de la pharmacie face aux restructurations en cours ou aux évolutions qui se dessinent dans les réformes du système de soins.

S'agissant des sages-femmes, le taux d'évaporation calculé sur la base du nombre de diplômées en 2013 est légèrement plus faible que le taux basés sur le NC mais relativement proche (30,1 % contre 37,0 %).

Pour les médecins spécialistes, il est de l'ordre de 0 % mais est négatif pour les généralistes lorsque le calcul est basé sur le nombre de diplômés pour l'année universitaire 2012-2013. A noter que ce nombre de diplômés correspond d'après l'ONDPS aux effectifs ayant validé leur DES. La formation des études de médecine s'achève effectivement aujourd'hui par la soutenance d'une thèse donnant droit au DE de Docteur en médecine et d'un mémoire, donnant droit à un DES (voire dans certains cas à un DESC, diplôme d'études spécialisées complémentaire, portant la mention de la spécialité suivie). Le nombre de DES ne correspond donc peut-être pas au nombre de DE obtenus la même année. A noter que parmi les diplômés en France de DE et nouveaux inscrits en 2014 (base RPPS/Drees 2015), la date d'obtention du DE est similaire à celle du DES pour la majorité (80,9 %). Elle est antérieure dans 11,5 % des cas et postérieure dans 7,6 % des cas.

Pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens, le nombre de diplômés n'est pas connu pour l'année 2012-2013 (données incomplètes), ce sont les résultats pour l'année 2013-2014 qui ont donc été intégrés au calcul mais notons que les nouveaux inscrits de 2014 ne sont probablement qu'en partie des diplômés de l'année 2013-2014 (d'autant plus pour les pharmaciens pour lesquels un délai plus long entre l'obtention du diplôme et l'inscription à l'Ordre est observé). De même, pour ces professions, le recueil de l'ONDPS porte sur le nombre de diplômes de troisième cycle court mais ne correspond peut-être pas au nombre de diplômes d'État délivrés après la soutenance de thèse.

Néanmoins un taux d'évaporation d'environ 10 % a été calculé pour les chirurgiens-dentistes ce qui est plus faible que lorsque l'on tient compte du numerus clausus (20,1 %). Cette plus faible part pourrait en partie être liée au fait que le nombre de diplômes disponible ne tient compte que des professionnels ayant suivi le cycle court (mais *a priori* non identifiables dans la basse RPPS).

Pour les pharmaciens, le taux d'évaporation des étudiants ayant suivis le cycle court est proche de celui calculé avec le numerus clausus (24,0 % pour 25,9 %).

Évaluer l'évaporation des diplômés reste donc compliqué même lorsque des données relatives aux effectifs de diplômés chaque année sont disponibles. Il est effectivement difficile de savoir avec les données de quelle année, le nombre de nouveaux inscrits doit être comparé, les délais entre la fin des études proprement dites et l'obtention du diplôme étant probablement variables. Par ailleurs une incertitude existe sur ce que représente le nombre de diplômés recueillis par l'ONDPS (diplômes de fin de cycle ou diplôme d'État proprement dit ?). Une clarification semble nécessaire mais néanmoins il paraît intéressant de poursuivre les recueils engagés par l'ONDPS concernant les nombres de diplômés annuels.

Sur la base de ces estimations, les ordres de grandeur des diplômés évaporés semblent inférieurs au nombre de professionnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger et venant exercer en France *a priori* pour les médecins et les odontologistes. A l'inverse l'évaporation semble plus élevée que l'arrivée de diplômés à l'étranger concernant les sages-femmes et les pharmaciens. Pour ces derniers la part de diplômés à l'étranger était relativement faible (1,5 % en 2015).

Par ailleurs la Drees dans ses projections d'effectifs de professionnels utilise un taux de fuite fixé à 3 % pour les médecins (Drees, 2009³⁸) et à 2 % pour les sages-femmes (Drees, 2012³⁹). Ce taux de fuite est défini comme la part des nouveaux diplômés qui n'exerceront jamais.

La méthodologie de la Drees est la suivante : « en comptabilisant les médecins diplômés une année a inscrits à l'Ordre au 31 décembre 2006, on peut obtenir un effectif approché de médecins qui entrent dans la vie active parmi les médecins diplômés au cours de l'année a, en faisant l'hypothèse que les médecins diplômés au cours de l'année a sont restés inscrits à l'Ordre (c'est-à-dire qu'ils n'ont pas interrompu leur activité) entre la date de leur inscription à l'Ordre et le 31 décembre 2006. Il faut seulement que ce calcul porte sur les cohortes (années de diplôme) suffisamment anciennes pour que ces diplômés aient « eu le temps » d'entrer dans la vie active ». La Drees faisait déjà également le constat qu' « on ne dispose pas de données fiables sur les effectifs de diplômés (...). On ne peut donc estimer correctement le taux de fuites. La version précédente du modèle retenait un taux de fuites de 3 % pour les hommes et de 4 % pour les femmes. Le Centre de sociologie et de démographie médicale admettait quant à lui que le taux de fuites était de 4 % pour l'exercice de projections qu'il a réalisé en 2004. En l'absence d'informations complémentaires, on a choisi de faire l'hypothèse d'un taux de fuites égal à 3 %, sans distinction entre hommes et femmes (et sans autre distinction). Ce taux de fuites est appliqué aux effectifs de diplômés de chacune des années de la période de projection ».

A noter qu'il n'est absolument pas mentionné si ces calculs ont été faits sur une population particulière de médecins.

Dans la présente étude, seuls les professionnels ayant obtenu un DE en France ont été considérés, l'objectif étant d'avoir une réflexion sur les flux sortants de France. Les flux de professionnels ayant obtenu leurs diplômes à l'étranger qui viennent exercer un temps en France puis repartent n'ont pas été étudiés ici (cf.5.6).

Par ailleurs, parmi les effectifs évaporés, aucune information n'est disponible sur la raison de non inscription.

Soulignons qu'en 2015, l'Ordre national des pharmaciens (CNOP, 2015) mentionne les résultats d'une enquête auprès d'étudiants ayant effectué leur 6^{ème} année de pharmacie. Sur 676 répondants, 322 n'ont pas encore soutenu leur thèse, 248 l'ont soutenu mais n'ont pas indiqué leur emploi actuel, 54 occupent des postes ne nécessitant pas d'inscription à un tableau de l'Ordre, 29 sont partis à l'étranger, 24 poursuivent des études et 23 sont au chômage⁴⁰.

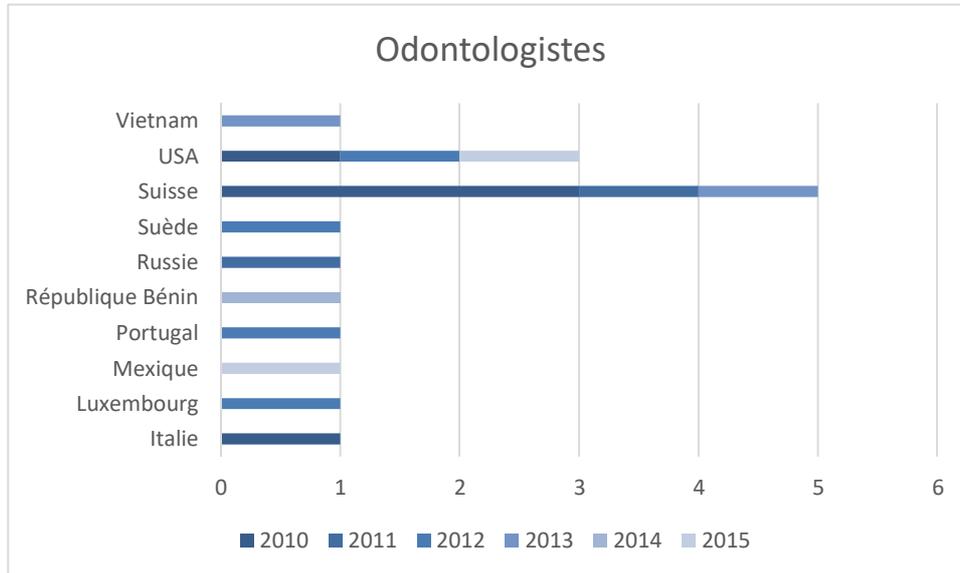
³⁸ Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009), Méthodologie des projections d'effectifs de médecins, Document de travail, *Série Sources et Méthodes*, N°7, Drees, novembre, 71 p.

³⁹ Cavillon M. (2012), « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, N°791, Drees, mars, 8p.

⁴⁰ A noter que le total ne correspond pas à 676.

Annexe 17 : Inscription des odontologues sur liste spéciale

Nombre d'inscriptions d'odontologues sur liste spéciale
suivant l'année d'inscription et le pays de destination



Source : ONCD, extrait du diaporama « Démographie et diplômés hors hexagone » de janvier 2016.

Annexe 18 : Grille d'entretien

1. Position de la personne interrogée : organisme, fonction, ancienneté, champ géographique et professionnel couvert
2. Perception de la question des mobilités internationales des professionnels de santé dans leur pays :
 - a. est-ce qu'il existe des politiques nationales ou locales visant à favoriser ou freiner l'immigration de professionnels de santé dans votre pays ?
 - b. si oui
 - i. quelles sont-elles (demander des références réglementaires ou bibliographiques ou des documents de synthèses présentant ces politiques) ?
 - ii. de quelle manière se traduisent-elles concrètement ?
 - iii. leur effet a-t-il été évalué ? (si oui, quel est-il ?)
 - iv. quelles professions visent-elles plus particulièrement (rappeler les professions sur lesquelles nous travaillons : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes) ?
 - c. au delà de politiques publiques, existe-t-il des actions conduites par le secteur privé visant à favoriser l'immigration de professionnels de santé
 - d. si oui...
 - i. quelles sont-elle (demander des références bibliographiques des documents de synthèses présentant ces politiques),
 - ii. de quelle manière se traduisent-elles concrètement
 - iii. quelles professions visent-elles plus particulièrement
3. Y-a-t'il des règles spécifiques réglementant l'exercice des professions de santé ?
 - a. À toutes les personnes formées à l'étranger sans distinction.
 - b. Des règles variables suivant le pays où les personnes ont été formées
4. Existe-t-il des données qui permettent de connaître :
 - a. le nombre de médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes... formés en France (ou dans un autre pays) qui exercent actuellement dans votre pays.
 - b. le nombre de professionnels formés en France (ou dans un autre pays) qui entrent chaque année dans votre pays pour exercer leur profession
 - c. le nombre de professionnels formés en France (ou dans un autre pays) qui sortent chaque année de votre pays (que ce soit pour retourner dans leur pays d'origine ou un autre),
 - d. Si oui :
 - i. Caractérisation du système d'information : professions couvertes, territoire couvert, type de données recueillies et circuit de recueil, organisme les gérant, modalités d'accès...
 - ii. Quelles sont les possibilités d'accès à ces données / aux productions issues de leur analyse

Annexe 1916 : Nom des personnes consultées

Contacts auprès des Ordres professionnels :

Caroline LHOPITEAU, Directrice générale de l'Ordre national des pharmaciens

Myriam GARNIER, Secrétaire générale du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et Présidente de la commission Démographie

Jean-Marc DELAHAYE, Chargé des relations institutionnelles et des affaires européennes au Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

Patrick ROMESTAING, Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Autres personnes consultées :

Gilbert VICENTE, Chef des services administratifs, Faculté de médecine de Strasbourg, Président de l'AUFEMO (Administration universitaire francophone et européenne en médecine et odontologie)

Marie-Agnès VALCU, Direction de l'Offre de Soins et de l'Offre Médico-Sociale, Pôle « Professions de Santé », Agence Régionale de Santé Alsace

Pour les monographies par pays :

Gaëtan LAFORTUNE, Division de la santé, OCDE

Aurélie SOMMER, Service public fédéral de la Santé publique, responsable de la cellule de Planification des professionnels de santé (Belgique)

Geoff BALLINGER, Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS)

Arpita CHATTOPADHYAY, National Center for Health Workforce Analysis (États-Unis)

Claire BRADFORD, Public Health England (Royaume-Uni)

Clémence MERÇAY, Observatoire Suisse de la Santé (Obsan)

Annexe 20 : Sigles et les acronymes utilisés

CAE	Commission d'autorisation d'exercice
CEE	Communauté économique européenne
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés
CNG	Centre national de gestion
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
CNOSF	Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DAU	droit à exercer la profession pour les diplômés étrangers
DE	Diplôme d'État
DEEE	Diplôme d'établissement d'études européennes
DELF	Diplôme d'étude en langue française
DFAE	Direction des français à l'étranger et de l'administration consulaire du Ministère des affaires étrangères
DGESIP	Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (ex-DHOS Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins)
DOM	Département d'Outre-mer
DREES	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECN	Épreuves classantes nationales
ECNi	Épreuves classantes nationales informatisées
EEE	Espace économique européen
EPS	Établissements publics de santé
EVC	Épreuve de vérification des connaissances
FFI	Faisant fonction d'interne
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FPS	Fédération des praticiens de santé
HPST	loi Hôpital, patients, santé et territoires
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LPS	Libre prestation de services
NC	Numerus clausus
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONCD	Ordre national des chirurgiens-dentistes
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORS	Observatoire régional de santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PADHUE	Praticiens à diplôme hors Union européenne
PAE	Procédure d'autorisation d'exercice

PDE	Professionnel à diplôme étranger
PROMeTHEUS	Health PROfessional MObility in THE European Union Study (Mobilité des professionnels de santé en Europe)
PSPH	Établissement privé participant au service public hospitalier
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RU	Royaume-Uni
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
UE	Union européenne

Annexe 21 : Table des illustrations

Figures

Figure 1 : Procédure d'autorisation d'exercice	24
Figure 2 : Part des faisant fonction d'interne (FFI) en 2010*	27
Figure 3 : Part des FFI en 2014*	27
Figure 4 : Évolution de la part des FFI entre 2010 et 2014*	28
Figure 5: Évolution du nombre d'inscrits à la Procédure d'autorisation d'exercice selon la liste entre 2007 et 2014.....	29
Figure 6 : Effectifs des professionnels à diplôme étranger entre 2012 et 2015	44
Figure 7 : Effectifs des médecins à diplôme étranger au 01/01/2015 par année d'effet d'exercice.....	46
Figure 8 : Effectifs des médecins nouvellement inscrits entre 2011-2014	46
Figure 9 : Répartition des médecins au 01/01/2015 selon le mode d'exercice et l'origine du diplôme	54
Figure 10 : Répartition des médecins selon l'âge et l'origine du diplôme au 01/01/2015	56
Figure 11 : Densité de médecins libéraux au 01/01/2015*	57
Figure 12 : Part des médecins libéraux à diplôme étranger au 01/01/2015*	57
Figure 13 : Situation au 01/01/2015 des départements en fonction de la densité de médecins libéraux (pour 100 000 habitants) et de la part de médecins à diplôme étranger chez les médecins libéraux.....	58
Figure 14 : Densité de médecins généralistes libéraux au 01/01/2015*	59
Figure 15 : Part des médecins généralistes libéraux à diplôme étranger au 01/01/2015*	59
Figure 16 : Situation au 01/01/2015 des départements en fonction de la densité de médecins généralistes libéraux et de la part de médecins généralistes libéraux à diplôme étranger.....	60
Figure 17 : Densité régionale de médecins salariés au 01/01/2015*	61
Figure 18 : Part des médecins salariés à diplôme étranger au 01/01/2015*.....	61
Figure 19 : Effectifs des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger au 01/01/2015 par année d'effet d'exercice.....	62
Figure 20 : Effectifs des chirurgiens-dentistes nouvellement en exercice entre 2011-2014.....	63
Figure 21 : Effectifs des chirurgiens-dentistes au 01/01/2015 selon le mode d'exercice.....	66
Figure 22 : Répartition des chirurgiens-dentistes au 01/01/2015 selon l'âge	67
Figure 23 : Densité de chirurgiens-dentistes libéraux*	68
Figure 24 : Part de chirurgiens-dentistes libéraux à diplôme étranger au 01/01/2015.....	68
Figure 25 : Situation des départements au 01/01/2015 en fonction de la densité de chirurgiens-dentistes libéraux et de la part de chirurgiens-dentistes libéraux à diplôme étranger.....	69
Figure 26 : Effectifs des sages-femmes à diplôme étranger par année d'effet d'exercice au 01/01/2015	70
Figure 27 : Effectifs des sages-femmes nouvellement en exercice entre 2011-2014.....	70
Figure 28 : Effectifs des sages-femmes selon le mode d'exercice au 01/01/2015	73
Figure 29 : Répartition des sages-femmes selon l'âge au 01/01/2015	74
Figure 30 : Densité de sages-femmes au 01/01/2015*	75
Figure 31 : Part des sages-femmes à diplôme étranger au 01/01/2015*	75
Figure 32 : Situation des départements au 01/01/2015 en fonction de la densité de sages-femmes et de la part des sages-femmes à diplôme étranger.....	76
Figure 33 : Effectifs des pharmaciens à diplôme étranger au 01/01/2015 par année d'effet d'exercice.....	77
Figure 34 : Effectifs des pharmaciens nouvellement inscrits entre 2012-2015	77
Figure 35 : Effectifs des pharmaciens selon le mode d'exercice au 01/01/2015.....	80

Figure 36 : Répartition des pharmaciens selon l'âge au 01/01/2015	81
Figure 37 : Densité de pharmaciens d'officine au 01/01/2015*	82
Figure 38 : Parts des médecins avec diplôme principal étranger (DEEE ou DAU) ou français (DE) inscrits en 2012 mais plus en 2015, selon année de 1 ^{ère} inscription	84
Figure 39 : Parts des médecins de moins de 55 ans avec diplôme principal étranger (DEEE ou DAU) ou français (DE) inscrits en 2012 mais plus en 2015, selon année de 1 ^{ère} inscription.....	84
Figure 40 : Évolution des effectifs de médecins formés en France dans 7 pays	95

Tableaux

Tableau 1 : Nombre d'avis favorables délivrés par les commissions nationales d'autorisation d'exercice en 2013 et 2014 selon la profession.....	31
Tableau 2 : Illustration des écarts observés selon la définition des diplômes intégrée dans l'analyse (analyse conduite sur l'ensemble des actifs du RPPS).....	41
Tableau 3 : Pays d'obtention du diplôme des médecins à diplôme étranger nouvellement inscrits entre 2011-2014.....	47
Tableau 4 : Effectifs des médecins au 01/01/2015 selon le pays d'obtention du diplôme	48
Tableau 5 : Évolution des effectifs de médecins à diplôme étranger entre 2012 et 2015 selon le pays d'obtention du diplôme.....	49
Tableau 6 : Effectifs des médecins à diplôme étranger au 01/01/2015 selon le pays de naissance	50
Tableau 7 : Évolution des effectifs de médecins à diplôme étranger entre 2012 et 2015 selon le pays de naissance	51
Tableau 8 : Effectifs et répartition des médecins au 01/01/2015 selon la spécialité et l'origine du diplôme	53
Tableau 9 : Répartition des médecins primo-inscrits selon le mode d'exercice et l'origine du diplôme	55
Tableau 10 : Effectifs des chirurgiens-dentistes au 01/01/2015 selon le type du diplôme	63
Tableau 11 : Effectifs des chirurgiens-dentistes au 01/01/2015 selon le pays de naissance	64
Tableau 12 : Évolution des effectifs de chirurgiens-dentistes à diplôme étranger entre 2012 et 2015 selon le pays de naissance	65
Tableau 13 : Répartition des chirurgiens-dentistes primo-inscrits selon le mode d'exercice et l'origine du diplôme.....	66
Tableau 14 : Effectifs des sages-femmes à diplôme étranger selon le pays du diplôme au 01/01/2015	71
Tableau 15 : Effectifs des sages-femmes à diplôme étranger selon le pays de naissance au 01/01/2015.....	72
Tableau 16 : Effectifs des pharmaciens à diplôme étranger selon le pays du diplôme au 01/01/2015	78
Tableau 17 : Effectifs des pharmaciens d'officine à diplôme étranger au 01/01/2015 selon le pays du diplôme.....	79
Tableau 18 : Effectifs des pharmaciens à diplôme étranger selon le pays de naissance au 01/01/2015	80
Tableau 19 : Répartition des pharmaciens primo-inscrits selon le mode d'exercice et l'origine du diplôme	81
Tableau 20 : Effectifs de médecins formés en France et exerçant dans un autre pays selon trois sources différentes	93
Tableau 21 : Population française inscrite au registre des Français établis hors de France en 2005 et 2014....	96
Tableau 22 : Caractéristique essentielle du séjour selon la région géographique de résidence	98