

L'enquête biographique : une méthode d'analyse des parcours et des expériences des praticiens hospitaliers

Victoire Cottureau

Volume 36, numéro 2, automne 2017

Les enjeux actuels de la recherche qualitative à l'hôpital et dans les institutions de soins de longue durée

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1084439ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1084439ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association pour la recherche qualitative (ARQ), Université du Québec à Trois-Rivières

ISSN

1715-8702 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Cottureau, V. (2017). L'enquête biographique : une méthode d'analyse des parcours et des expériences des praticiens hospitaliers. *Recherches qualitatives*, 36(2), 85–111. <https://doi.org/10.7202/1084439ar>

Résumé de l'article

L'objectif de cet article est de présenter une méthodologie qualitative innovante élaborée dans le cadre d'une recherche doctorale portant sur une catégorie particulière de médecins : les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Soumise à une législation spécifique, cette catégorie est apparue au cours des années 1980 lorsque les hôpitaux publics français ont commencé à manquer de médecins. Souhaitant apporter un éclairage sur cette migration de professionnels de santé, une enquête mêlant une approche qualitative et quantitative a été menée auprès de ces praticiens. Associant l'entretien au remplissage d'une matrice biographique, la méthodologie qualitative a servi à récolter simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire). Elle a permis d'extraire de nombreux résultats, tant sur le déroulement des carrières des médecins que sur le fonctionnement des hôpitaux français. Les résultats de cette étude ont montré qu'elle s'est avérée particulièrement adaptée au recueil des parcours de vie des praticiens.

L'enquête biographique : une méthode d'analyse des parcours et des expériences des praticiens hospitaliers

Victoire Cottereau, Docteure en géographie

Université de Rouen, Rouen, France

Résumé

L'objectif de cet article est de présenter une méthodologie qualitative innovante élaborée dans le cadre d'une recherche doctorale portant sur une catégorie particulière de médecins : les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Soumise à une législation spécifique, cette catégorie est apparue au cours des années 1980 lorsque les hôpitaux publics français ont commencé à manquer de médecins. Souhaitant apporter un éclairage sur cette migration de professionnels de santé, une enquête mêlant une approche qualitative et quantitative a été menée auprès de ces praticiens. Associant l'entretien au remplissage d'une matrice biographique, la méthodologie qualitative a servi à récolter simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire). Elle a permis d'extraire de nombreux résultats, tant sur le déroulement des carrières des médecins que sur le fonctionnement des hôpitaux français. Les résultats de cette étude ont montré qu'elle s'est avérée particulièrement adaptée au recueil des parcours de vie des praticiens.

Mots clés

HÔPITAL, PADHUE, RECHERCHE QUALITATIVE, ENQUÊTE BIOGRAPHIQUE, OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES

Introduction

La démographie médicale française présente encore aujourd'hui des disparités territoriales dans la répartition des praticiens de santé. Ces déséquilibres sont en partie causés par des déficits de praticiens dans les hôpitaux de pôles urbains secondaires et des stratégies d'évitement de certaines zones urbaines défavorisées ou rurales par les nouvelles générations de médecins. C'est dans ce contexte de « pénurie localisée » que l'État français avait ouvert ses hôpitaux aux praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans les années 1980. Dans ma recherche doctorale, j'ai choisi d'étudier cette catégorie particulière de médecins. À l'origine, elle a été créée par une législation interdisant aux praticiens diplômés en dehors de l'Union européenne d'exercer librement la médecine dans l'espace communautaire (les diplômes n'y étant

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 85-111.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

pas reconnus). De ce fait, ils sont également soumis à une législation spécifique qui les autorise à exercer uniquement dans les hôpitaux publics et sous des statuts particuliers tant qu'ils ne possèdent pas la plénitude d'exercice de la médecine. Si leur situation est régulièrement médiatisée dans les journaux depuis les années 1990, elle a fait très peu l'objet de travaux de recherche, notamment parce que l'on manque de données sur ces médecins et parce que la législation à leur sujet est mouvante. Souvent basés sur des données quantitatives, les travaux sur la démographie médicale ou sur les professionnels de santé en France se focalisent sur d'autres catégories de personnels de santé et passent souvent à côté de leurs expériences.

En réalisant une recherche doctorale entre 2010 et 2015¹, je souhaitais apporter un éclairage sur cette migration de médecins (Cottreau, 2015). L'objectif était de réaliser à l'échelle régionale (Poitou-Charentes) une étude fine de l'ensemble des structures hospitalières (30) afin d'apporter des connaissances sur les PADHUE et de dresser un tableau des difficultés de recrutement rencontrées par les hôpitaux. L'intérêt était de privilégier une approche liant la thématique de la santé à celle des migrations afin d'analyser les conséquences et les répercussions des circulations à différents niveaux d'échelles. La problématique de la thèse était ainsi axée sur la mise en lien des questionnements actuels sur les politiques de santé et de démographie médicale avec les projets migratoires et les parcours de ces migrants hautement qualifiés. Pour ce faire, j'ai choisi d'établir une méthodologie rigoureuse et innovante mêlant deux recueils de données distincts : un premier d'ordre quantitatif et un second d'ordre qualitatif. C'est sur cette méthodologie basée sur un recueil statistique et une enquête biographique mêlant l'entretien à un outil de collecte que je me concentrerai au fil de cet article.

Dans un premier temps, l'article reviendra sur le contexte global des migrations des praticiens dans le monde ainsi que sur les évolutions des cadres réglementaires qui ont conduit à l'arrivée de ces médecins en France. Dans un deuxième temps, l'article s'interrogera sur les enjeux de la recherche qualitative à l'hôpital. Dans un troisième temps, il présentera la méthodologie développée dans le cadre de cette recherche. Enfin, dans un dernier temps seront présentés les principaux résultats sur les projets et les parcours des PADHUE, obtenus au moyen de l'enquête biographique.

Du contexte global des migrations de médecins à la catégorie étudiée

L'étude d'une catégorie d'acteurs nécessite de prendre en considération le ou les contextes dans lesquels ils évoluent. À travers cette première partie, je m'arrêterai d'abord sur les migrations de praticiens à travers le monde. Ensuite, je me recentrerai sur la catégorie étudiée en présentant succinctement la législation à l'égard des PADHUE. L'ensemble de ces éléments contextuels a eu un poids important lors de l'élaboration de ma méthodologie d'enquête.

Le manque de professionnels de santé : une problématique mondiale

Dans le monde, de nombreux pays connaissent une pénurie de professionnels de santé. Selon les estimations de 2006 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y aurait un déficit estimé à plus de 4,3 millions de personnels de santé dans le monde. Pourtant, pour Cash et Ulmann, il n'existe pas de « pénurie objective des médecins » (2008, p. 104) dans les pays du Nord. En effet, la majorité des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sont aujourd'hui confrontés aux paradoxes d'être des pays ayant des effectifs satisfaisants de médecins, selon les critères de l'OMS, mais devant faire face à des phénomènes régionaux ou locaux de pénurie médicale. Afin de remédier à des « pénuries localisées », de nombreux pays (Canada, États-Unis, Allemagne, Angleterre, etc.) emploient des médecins diplômés à l'étranger au sein de leurs systèmes de santé (Chasles, 2012). Dans certains pays, comme le Royaume-Uni et l'Irlande, près d'un tiers de l'effectif total des médecins aurait été formé à l'étranger (OCDE, 2010).

La plupart des pays du Nord, tels que les États-Unis et le Canada, possèdent des législations relativement semblables en matière d'exercice de la médecine pour les praticiens dont les diplômes ne sont pas reconnus. D'une manière générale, les médecins passent un concours de reconnaissance dès leur arrivée dans le pays. S'ils le réussissent, ils peuvent exercer la médecine au même titre que les praticiens formés localement, sinon ils n'ont aucun droit d'exercice. Ces pays ont donc l'avantage de posséder des procédures de reconnaissance claires. Par contre, ils présentent parfois des inconvénients que les praticiens ne rencontrent pas dans le système de santé français. Par exemple, un médecin diplômé hors du Canada ou des États-Unis (DHCEU) ayant obtenu son statut d'immigrant au Québec doit s'engager à exercer pendant quatre ans dans un établissement situé dans une région éloignée des grands centres urbains (Simard & Van Schendel, 2004). Contrairement aux autres pays, le modèle français avait autorisé les médecins à immédiatement exercer dans le secteur hospitalier (jusqu'en 2010²), avant même qu'ils n'aient passé une procédure de reconnaissance de leur diplôme. Après avoir accumulé plusieurs années d'expérience, ils étaient autorisés à passer des concours afin de pouvoir exercer la médecine au même titre que les praticiens diplômés en France et en Union européenne. Ainsi, la particularité du cadre juridique et législatif français le rend incomparable aux autres pays du Nord.

Les PADHUE : une spécificité française

En France, la médecine est une profession non seulement réglementée, mais également protégée (Lochard, Meilland, & Viprey, 2007). Initialement réservée aux personnes de nationalité française et titulaires d'un diplôme français, la profession est devenue accessible aux pays membres de la communauté économique européenne (CEE) en 1975 avec l'instauration de la reconnaissance des qualifications médicales³. Autrement

dit, les médecins ayant validé leur diplôme dans un pays membre de la Communauté économique européenne ont obtenu le droit de pratiquer la médecine où bon leur semble au sein de la CEE. Cette ouverture s'est alors présentée comme une solution à la pénurie de main-d'œuvre du point de vue des responsables politiques de certains pays européens (Krasteva & Vasilcu, 2014). Toutefois, les médecins européens ont été peu nombreux à venir s'installer en France et ils ne remplissaient qu'une faible partie des postes vacants des hôpitaux publics. C'est dans ce contexte que l'État français a décidé, dès le début des années 1980, d'attirer des praticiens à diplôme extra-communautaire.

Les PADHUE ont obtenu l'autorisation de travailler en France, mais sous des statuts spécifiques, à partir de 1981 par deux principaux décrets⁴. De surcroît, l'État français, soutenu par les médecins hospitalo-universitaires, a créé des cursus de spécialisation à destination des PADHUE en 1985⁵. Pendant qu'ils préparaient ces diplômes, ces médecins étrangers étaient autorisés à exercer en parallèle sous certaines conditions, dont celle de ne pas exercer dans le secteur privé. Les PADHUE n'avaient alors pas le droit de s'inscrire au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) et ils avaient l'obligation de travailler sous des statuts peu rémunérateurs. À ce moment-là, cette législation hospitalière était probablement pensée comme une réponse ponctuelle qui était censée ne pas perdurer.

Pourtant, cette solution s'est perpétuée, conduisant les professionnels concernés à se regrouper en syndicats, à médiatiser leur situation et à la signaler à différentes institutions européennes. En conséquence, l'État a créé des concours afin d'offrir à ces médecins des occasions de pouvoir faire reconnaître leur diplôme et d'accéder aux mêmes statuts que leurs confrères diplômés en France et en Union européenne. Chacun de ces concours était envisagé comme étant le dernier dans son genre, devant permettre aux PADHUE d'intégrer pleinement le corps médical. Dans l'objectif de mettre un terme à ces migrations, ces concours étaient généralement associés à des législations interdisant aux hôpitaux le recrutement de nouveaux médecins à diplôme extra-européen.

Cette législation, en contradiction constante avec les besoins réels des structures hospitalières en matière de ressources humaines, a engendré des dérogations et des contournements mis en place par les hôpitaux afin de maintenir des effectifs suffisants pour le bon fonctionnement de leurs services. Plus concrètement, cela signifie qu'à chaque interdiction d'effectuer de nouveaux recrutements de PADHUE, les hôpitaux ont continué à en recruter. Ces médecins se sont retrouvés hors des législations en cours et ne remplissaient pas les conditions nécessaires pour passer des concours d'équivalence. Ceux-ci devaient attendre la création d'une nouvelle législation en leur faveur. Ainsi, bien qu'indispensables dans les structures hospitalières, ces médecins étaient soumis aux aléas d'une législation mouvante et évolutive, mais également à des

procédures de reconnaissance de diplômes particulièrement rigides et longues, avant d'être admis ou rejetés du corps médical français, ou encore maintenus en marge de celui-ci (Lochard et al., 2007). Toutefois, depuis le durcissement de la législation à la fin des années 2000 et la mise en place de nouveaux diplômes plus réglementés à destination des PADHUE, les possibilités de contournements semblent se tarir. Désormais, le nombre de praticiens à diplôme extra-européen en France devrait diminuer au fur et à mesure que ces praticiens partiront à la retraite.

Depuis quarante ans, les médecins à diplôme extra-européen entrent dans un cadre juridique complexe en perpétuelle évolution. Face à une telle complexité, la recherche d'une méthode efficiente me permettant de lire simultanément les parcours des praticiens et la législation est devenue très tôt une priorité dans cette recherche doctorale.

Les enjeux de la recherche qualitative à l'hôpital

Étudier les PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics nécessite de les replacer dans le contexte de l'évolution de cette institution, souvent présentée comme étant « le miroir de notre société » (Panel, 2007, p. 1). Aujourd'hui, l'objectif de maîtrise des dépenses en santé et la rationalisation des équipements soumettent l'hôpital à une contrainte financière forte qu'il se doit de concilier avec sa vocation de service public (Bonnici, 1998). Même si cette situation générale complexe touche l'ensemble des structures hospitalières publiques, chaque établissement est différemment concerné en raison de son caractère multiple et pluriel. Aujourd'hui, entre des obligations nationales et une gestion locale, l'hôpital n'apparaît ni comme un rouage inerte d'une machine hospitalière nationale ni comme un organisme autonome allant où bon lui semble (Contandriopoulos & Souteyrand, 1996). Toutefois, la gestion locale laisse encore aux directeurs une certaine marge de manœuvre quant à la maîtrise des recrutements et des carrières. À ce titre, le recrutement des PADHUE ne possédant pas la plénitude d'exercice s'effectue au plan local sans l'approbation de la moindre institution. À ce jour, aucun organisme d'État (CNOM, Agence régionale de santé, Centre national de gestion, etc.) ne possède de données précises sur ces médecins. Les effectifs ne peuvent actuellement être connus que par l'intermédiaire des registres des ressources humaines des établissements hospitaliers qui les emploient. Les PADHUE évoluent donc dans un lieu complexe entremêlé d'enjeux, de normes, de valeurs et d'obligations contradictoires ou opposés. Cette complexité m'a renforcé dans l'idée qu'il était nécessaire d'analyser et de comparer le fonctionnement de plusieurs structures hospitalières pour pouvoir réellement éclairer la situation des médecins diplômés hors UE. Il convient maintenant d'exposer les raisons qui m'ont permis de délimiter mon terrain de recherche.

Délimiter le terrain

Dans une recherche, l'unité de base de l'objet peut être choisie à partir de différents critères, comme le groupe social (perspective généralement privilégiée par les sociologues) ou le lieu (perspective généralement privilégiée par les géographes) (Pian, 2012). Ces deux options pouvant également être combinées (Marcus, 2010), j'ai finalement choisi d'étudier la catégorie des PADHUE à l'échelle d'une région française.

J'ai retenu l'échelle régionale parce qu'elle fait partie d'un cadre politico-administratif et que l'organisation sanitaire s'effectue principalement à ce niveau. Le système hospitalier français se découpe en « systèmes régionaux » où tous les hôpitaux locaux (HL) et les centres hospitaliers (CH) gravitent autour du centre hospitalier universitaire (CHU) situé dans la préfecture régionale. La région présente également l'intérêt d'être identifiée comme un échelon pertinent pour le pilotage de la politique de santé (Jabot & Demeulemeester, 2005). De nombreux géographes, dont Vigneron (2002), considèrent que c'est une bonne échelle d'analyse des politiques publiques et des pratiques sociospatiales des populations. Finalement, c'est pour l'ensemble de ces raisons que j'ai choisi de faire une monographie.

Ayant commencé mes recherches sur un hôpital situé en Poitou-Charentes (Cottreau, 2010), j'ai logiquement souhaité poursuivre ce travail à l'échelle de cette même région. Non seulement j'avais déjà des informations sur le système hospitalier, mais je connaissais plutôt bien cette région dont je suis originaire. Pour des raisons pratiques, ces critères ont fortement influencé mon choix d'étudier la région Poitou-Charentes. Celle-ci compte un total de 30 structures hospitalières publiques situées dans quatre départements (Vienne, Deux-Sèvres, Charente et Charente-Maritime) qui mêlent à la fois des zones attractives (littoral) où la densité de population est forte et des zones rurales moins attrayantes où la densité de population est plus ou moins faible. Au sein de cette région, il existe différentes formes de structures, de directions (groupe hospitalier, direction commune, etc.) et les capacités d'accueil des hôpitaux sont également très disparates, puisqu'elles vont de 35 places pour l'hôpital local de Melle à une capacité d'accueil de 1490 personnes pour le CHU de Poitiers. La région m'offrait ainsi la possibilité d'étudier une grande diversité de structures hospitalières (en raison de leur localisation, de leur taille ou encore de leur fonctionnement).

Le choix de la méthodologie d'enquête

Durant cette recherche doctorale, je souhaitais utiliser une méthodologie qui apporterait des chiffres inédits sur les PADHUE tout en étudiant leurs projets et leurs parcours migratoires. Après avoir passé en revue la littérature sur la question, je me suis rendue compte que les enjeux de la méthodologie étaient multiples.

Premièrement, les travaux portant sur la mobilité durant le parcours professionnel des médecins en France (Picheral & Vigneron, 1996) ou sur les

déterminants de ce même parcours (Mintandjian, 2015) sont principalement basés sur des méthodes quantitatives. Ils recueillent des données au moyen de questionnaires ou récupèrent des données issues d'organismes d'État (ex. : le répertoire ADELI⁶) dans l'objectif d'en effectuer un traitement statistique. Au vu du caractère lacunaire des informations disponibles sur les PADHUE, j'ai rapidement envisagé d'élaborer moi-même une base de données pour avoir une vue d'ensemble de la situation hospitalière dans ma région d'étude. Par ailleurs, si le recueil de données quantitatives permet d'obtenir des informations sur le fonctionnement des hôpitaux, ainsi que sur la place et le rôle des médecins diplômés hors UE, il ne permet en aucun cas de capter les parcours des médecins.

Deuxièmement, les études analysant la situation des PADHUE (Hartzeld, Boidé, & Baumelou, 2009; Lochard et al. 2007) ou des médecins étrangers (Séchet & Vasilcu, 2012; Simard & Van Schendel, 2004) utilisent majoritairement des méthodes qualitatives (entretiens semi-directifs). Celles-ci se concentrent généralement sur des thématiques précises telles que les discriminations vécues par les PADHUE ou encore les raisons expliquant les migrations de médecins roumains vers la France. Mon objectif étant d'avoir une lecture complète du parcours de vie d'un individu (de sa naissance au moment de l'enquête), j'ai rapidement exclu l'idée de recueillir des récits de vie ou d'effectuer des entretiens semi-directifs au vu du nombre important de thèmes que je souhaitais aborder avec les médecins. Non seulement il me semblait peu adéquat de demander à des professionnels de réaliser l'entretien sur un temps long ou en plusieurs rencontres, mais je souhaitais également utiliser une méthode plus adaptée au recueil du parcours biographique d'un individu.

En fin de compte, aucune méthode communément employée auprès des professionnels de santé ou des migrants ne me permettait d'observer la situation hospitalière globale de ma région d'étude tout en recueillant des parcours de vie de façon suffisamment fine pour en extraire le point de vue des individus ou encore l'évolution de leurs projets migratoires. Afin de recueillir l'ensemble des données ciblées, j'ai décidé de construire une méthode qui mêle des techniques de recueil de données des champs de la santé (enquête quantitative) et des migrations internationales (enquête qualitative). Au-delà des nombreux aspects pratiques (fiabilité des données, temps d'entretiens réduits, etc.), l'intérêt d'une telle association est qu'elle permet de lier l'étude des projets et des parcours migratoires de ces médecins à l'évolution du cadre législatif hospitalier français. L'association de plusieurs types de données m'a non seulement permis de saisir ma thématique avec un souci du détail, mais l'utilisation de cette méthode innovante auprès des médecins a aussi permis de révéler des parcours surprenants de complexité.

La méthodologie globale mise en œuvre

La méthodologie appliquée à cette recherche a consisté à suivre trois grandes étapes. La première a été la recherche documentaire. Celle-ci visait à collecter l'ensemble des études et des données relatives aux thèmes de recherche ainsi qu'à la région d'étude. J'ai fait usage de plusieurs ressources provenant de différentes bibliothèques universitaires et de laboratoires possédant des documents relatifs au sujet étudié. J'ai également fait le tour de la littérature grise et parcouru les archives de l'Agence régionale de santé (ARS) de la région Poitou-Charentes, de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), du CNOM, ou encore des syndicats.

Les deuxième et troisième phases de ma recherche ont consisté à recueillir des données quantitatives et qualitatives. J'ai d'abord établi une base de données quantitative fiable sur ma région d'étude étant donné le manque et l'imprécision des statistiques concernant les PADHUE. C'est uniquement après avoir analysé ces données sur les hôpitaux et les médecins qu'ils emploient que je me suis autorisée à commencer ma recherche qualitative. En effet, les premières données recueillies ont mis en évidence la présence plus ou moins forte de PADHUE d'un hôpital à l'autre, mais également d'un service à l'autre. De nouvelles hypothèses et de nouveaux questionnements ont ainsi émané de cette analyse, me permettant de mieux préparer et appréhender les entretiens avec les responsables administratifs des établissements. Finalement, j'ai cherché à concevoir l'enchaînement de ces trois phases de façon à ce que chacune d'entre elles vienne nourrir la suivante.

Durant ma recherche, j'ai également construit une frise chronologique qui réunit toutes les principales législations concernant l'hôpital public, les conditions d'exercice de la médecine en France ainsi que les diplômes et procédures d'autorisation d'exercice ouverts aux PADHUE. Cette frise a été une véritable clé de lecture des différentes législations et m'a permis des allers-retours entre les parcours des praticiens et la législation en vigueur.

Des données quantitatives...

La première année de ma recherche a été consacrée au volet quantitatif, à travers la réalisation d'un recensement des médecins en exercice dans les hôpitaux de la région étudiée au 1^{er} janvier 2011. Une partie des données collectées constituent des informations qui ne sont pas disponibles auprès d'administrations ou d'institutions (CNOM ou encore ministère de la Santé). La multiplicité et la complexité des statuts hospitaliers sont à l'origine de ce flou qui existe aujourd'hui en France. Le CNG⁷ connaît les effectifs précis des médecins nommés à titre permanent (titulaires), mais ceux qui sont recrutés à titre temporaire ou par voie contractuelle n'y sont pas enregistrés. Les registres du CNOM sont également incomplets, car les PADHUE ne possédant pas la plénitude d'exercice ne sont pas autorisés à s'y inscrire. Les effectifs

exacts de médecins ne sont donc connus précisément que par les établissements qui les emploient. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de recueillir les données auprès de chaque structure hospitalière afin d'obtenir des données inédites sur les PADHUE et l'ensemble des praticiens hospitaliers à l'échelle de la région Poitou-Charentes.

Pour ce faire, j'ai élaboré trois documents :

- **Un tableau concernant les effectifs globaux des hôpitaux** : L'objectif était de connaître le nombre total de praticiens qui exerçaient dans les structures hospitalières de la région Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2011. Ce tableau s'intéressait également à la répartition par sexe ainsi qu'au nombre de praticiens diplômés en UE et hors UE.
- **Un tableau concernant les PADHUE exerçant dans les structures hospitalières** : L'objectif était d'établir un recensement des PADHUE qui étaient en exercice dans les hôpitaux au 1^{er} janvier 2011. Ce tableau était composé de 17 variables afin d'apporter un maximum d'informations sur ces praticiens.
- **Un manuel de remplissage** : L'objectif était de faciliter le remplissage des tableaux de recensement et de limiter les erreurs.

J'ai d'abord contacté par téléphone les services des affaires médicales de chaque structure afin de me présenter, d'expliquer brièvement la recherche et de demander à qui je devais envoyer un courrier officiel. Ensuite, je leur ai adressé un courrier expliquant le sujet de la recherche et comportant plusieurs lettres de recommandation. Enfin, j'ai envoyé par courriel les tableaux et le manuel de remplissage aux administrations de tous les hôpitaux. J'ai rappelé fréquemment les responsables administratifs afin d'obtenir des renseignements sur l'avancée du remplissage des tableaux. Voyant que certains d'entre eux n'entamaient pas les recherches demandées, je leur ai proposé de me rendre sur place afin d'effectuer le travail moi-même. Finalement, j'ai obtenu la collaboration de tous les hôpitaux publics du Poitou-Charentes, puisque 24 d'entre eux m'ont renvoyé les tableaux dûment remplis et 6 hôpitaux m'ont laissé accéder à leurs archives pour que j'effectue le recensement moi-même. Cela m'a non seulement permis de construire une base de données inédite sur les PADHUE, mais également de réaliser de nombreuses cartes, dont une sur la répartition des praticiens dans les établissements de la région étudiée (voir Figure 1).

Le recensement indique que les PADHUE constituent 9 % de l'ensemble des praticiens de la région Poitou-Charentes travaillant en secteur hospitalier (voir Tableau 1). Il met en avant le rôle d'ajustement et la place indispensable des PADHUE au sein des structures hospitalières de cette région depuis une quarantaine d'années. Les résultats issus de ce travail quantitatif ont servi à souligner les aspects spatiaux

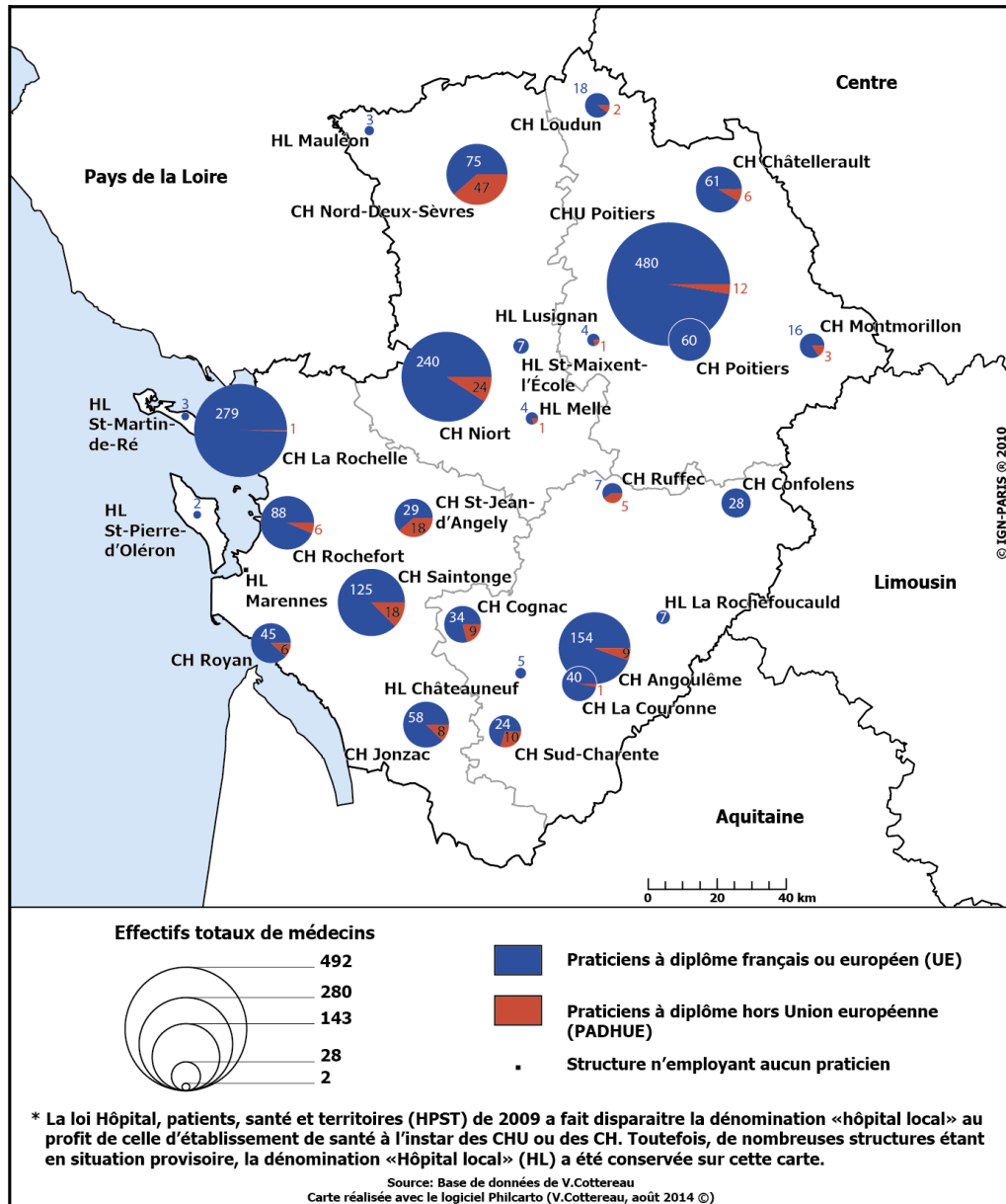


Figure 1. Localisation des praticiens en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2011.

Tableau 1

Effectifs de praticiens en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2011

DÉPARTEMENTS	EFFECTIFS médecins diplômés en		EFFECTIFS		TOTAL
	France et UE	% France et UE	PADHUE	% PADHUE	
VIENNE	639	96,4 %	24	3,6 %	663
DEUX-SÈVRES	329	82 %	72	18 %	401
CHARENTE	299	89,8 %	34	10,2 %	333
CHARENTE- MARITIME	634	91,8 %	57	8,2 %	691
TOTAL	1901	91 %	187	9 %	2088

(localisation géographique, proximité avec d'autres structures, etc.) et les aspects administratifs (politiques de recrutement) et structurels (taille, matériel et fonctionnement) expliquant la présence ou l'absence de PADHUE au sein des hôpitaux publics de la région.

Le recueil effectué a de plus permis d'obtenir de nombreuses informations sur les médecins diplômés hors UE (sexe, année et pays de naissance, pays d'obtention du doctorat, nationalité, spécialité, statut hospitalier, etc.) (voir Tableau 2).

En fin de compte, l'analyse des données quantitatives met en lumière la situation hospitalière de la région Poitou-Charentes, tout en apportant de nombreuses informations sur les profils des PADHUE, leur nombre et leur localisation géographique.

...à l'enquête biographique

Dans l'objectif de saisir la dynamique des processus en interaction dans un parcours biographique, j'ai décidé de mettre au point une enquête en tenant compte de la littérature portant sur les différents outils d'enquête, tels que les travaux du Groupe de réflexion sur l'approche biographique (GRAB, 1999, 2006), de Bertaux (2005), de Courgeau (1985, 2004) ou encore de Blanchet et Gotman (2010). Ces travaux se rejoignent sur le point qu'il est très difficile d'arriver à saisir l'ensemble des éléments qui construisent la biographie d'un individu. « La complexité des phénomènes qui jouent sur les comportements démographiques et sociaux rend donc nécessaire la mise

Tableau 2

Effectif et pourcentage par lieu d'obtention du doctorat des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2011

Lieu d'obtention du doctorat	Effectif	Pourcentage
Afrique du Nord (Maghreb + Égypte)	107	57,22 %
Afrique Noire	33	17,65 %
Moyen-Orient	30	16,04 %
Asie	4	2,14 %
Europe (incluant la Russie)	9	4,81 %
Amérique du Sud	3	1,60 %
Donnée manquante	1	0,53 %
TOTAL	187	100 %

en œuvre d'outils spécifiques permettant d'appréhender les rythmes d'évolution multiples et imbriqués de ces différents phénomènes » (GRAB, 1999, p. 1).

Au regard de la population enquêtée, il fallait que j'élabore un outil pouvant recueillir le parcours biographique d'un individu en une seule rencontre et en un minimum de temps tout en s'assurant que les données biographiques recueillies soient les plus fiables possible. Ainsi, ma méthodologie d'enquête a été inspirée par l'enquête *Triple biographie : familiale, professionnelle et migratoire* réalisée par Courgeau en 1981 et par le questionnaire matriciel de l'enquête *Mobilité spatiale à Bogota et dans trois villes du Casanare (Colombie)* réalisé par Dureau et Florez dans les années 1990 et publié en 1999.

J'ai choisi ce type de méthodologie d'enquête parce qu'elle permet de récolter simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire). L'objectif est de cerner comment un événement familial ou professionnel, pour un individu donné, modifie la probabilité des autres événements de son existence. Ce type d'enquête offre donc la possibilité de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'interaction de facteurs engendre un espace/temps propre à chaque situation.

J'ai également associé à cette méthode d'enquête une matrice biographique pour « restituer l'enchaînement d'événements qui constituent autant de repères pour le sujet, mais qui correspondent aussi à des moments de basculement dans une situation

nouvelle faisant appel à d'autres logiques d'action » (Billiard, Debordeaux, & Lurol, 2000, p. 6).

Cet outil de collecte présente de nombreux avantages :

- Les données sont recueillies de façon chronologique, de la naissance jusqu'au moment de l'enquête.
- La correspondance entre les années et l'âge de l'individu est une façon de faire qui limite les erreurs. De plus, lorsque des personnes se remémorent des événements anciens, certains se souviennent plus facilement des années et d'autres de leur âge.
- Le fait de compléter les données familiales sur une grille à part limite également les erreurs puisque la confrontation des deux grilles fait immédiatement ressortir les éventuelles incohérences dans le parcours de l'individu enquêté.

Un autre apport important de ce matériau est qu'il sert à connaître le sens que chaque individu accorde aux différentes périodes de sa vie, tout en fournissant de précieuses informations contextuelles. Cette méthodologie présente l'intérêt d'articuler des données d'ordre structurel et d'ordre personnel où interagissent des expériences subjectives et des faits objectifs (Billiard et al., 2000).

La matrice biographique que j'ai utilisée est composée de deux grandes grilles et d'un tableau :

- **Une première grille** a été bâtie pour récolter toutes les informations concernant les lieux de résidence et les données professionnelles. Pour la partie s'intéressant aux lieux de résidence, je notais tous les changements de pays, de villes, mais également de logements et de type d'occupation du logement. Parallèlement, je recueillais les informations professionnelles. Celles-ci concernent le parcours universitaire de l'individu, le suivi de son parcours professionnel, le ou les métiers de l'individu, son ou ses lieux d'emploi et éventuellement ses différents statuts au sein des établissements qui l'ont employé et l'emploient actuellement. Enfin, dans une colonne intitulée « autre », je notais les événements particuliers tels que l'obtention de la nationalité française (voir Figure 2).
- **Une seconde grille** a servi à recueillir les données d'ordre familial. Ce tableau contient des renseignements sur les parents de l'enquêté, sur le ou les conjoints de l'individu et éventuellement sur ses enfants (voir Figure 3).
- **Un tableau** était utilisé pour noter des informations sur les frères et sœurs de l'enquêté (voir Figure 4).

Finalement, la matrice biographique s'est révélée être un outil de collecte de données opérationnel et particulièrement adapté aux praticiens.

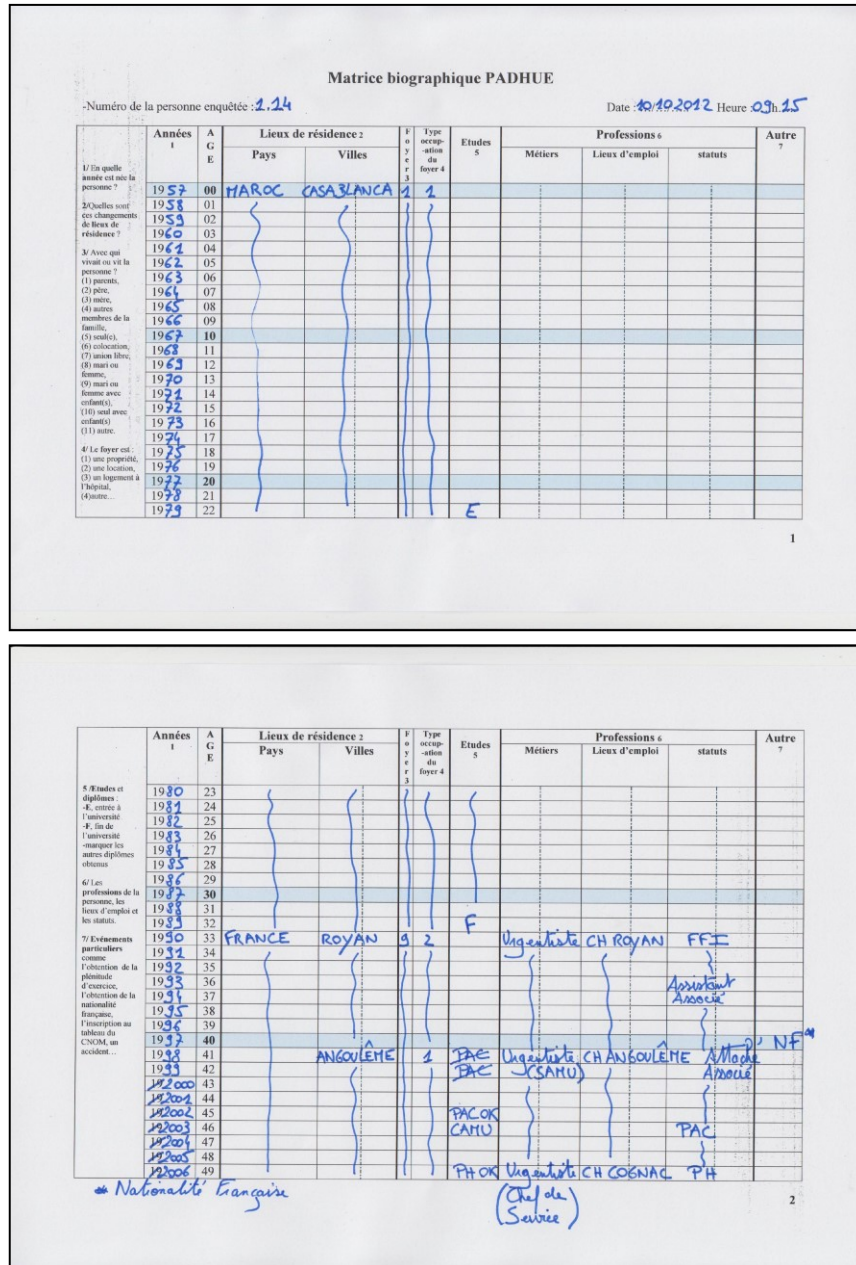


Figure 2. Extrait de la première grille d'une matrice biographique complétée.

N° Famille : - Colonne COM : (il s'agit de la vie commune de la personne enquêtée) - V pour le début ou la fin d'une vie commune avec parent(s), conjoint(s), ou enfant(s). - F pour la fin d'une vie commune. - UNION : - U pour le début d'une union. - F pour la fin d'une union. - Colonne VIE : - N pour une naissance. - D pour un décès.	Années	A G E	Famille s																																			
			Père			Mère			Conjoint 1			Conjoint 2			Conjoint 3			Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5	Enfant 6	Enfant 7														
			A.mais			A.mais			A.mais			A.mais			A.mais			H	H	H	H	H	H	H														
	1957	00																																				
	1958	01																																				
	1959	02																																				
	1960	03																																				
	1961	04																																				
	1962	05																																				
	1963	06																																				
	1964	07																																				
	1965	08																																				
	1966	09																																				
	1967	10																																				
	1968	11																																				
	1969	12																																				
	1970	13																																				
	1971	14																																				
	1972	15																																				
	1973	16																																				
	1974	17																																				
	1975	18																																				
	1976	19																																				
	1977	20																																				

Figure 3. Extrait de la deuxième grille d'une matrice biographique complétée.

Posture adoptée au sein des hôpitaux

Durant mon travail de terrain, j'ai décidé de ne pas effectuer d'entretiens dans plusieurs hôpitaux à la fois afin d'étudier la situation des établissements les uns après les autres. C'est uniquement lorsque j'avais achevé les entretiens dans une structure que j'en contactais une autre. Lorsque j'arrivais dans un nouvel établissement, je commençais toujours par m'entretenir avec un responsable administratif (directeur de l'hôpital, directeur des ressources humaines, etc.). Au total, 16 entretiens ont été menés. Après avoir informé le responsable sur le déroulement de ma recherche et de la confidentialité du rendez-vous, la rencontre prenait la forme d'un entretien semi-directif où étaient abordées des thématiques communes pour tous les établissements afin de connaître la situation globale de chaque structure (nombre de médecins, services, etc.). Toutefois, en fonction des résultats du recueil de données quantitatives ou encore des réponses apportées par le responsable, je me laissais la liberté d'approfondir certains points afin de saisir au mieux le fonctionnement et la situation de chaque hôpital. L'ensemble des rendez-vous s'est déroulé de manière très satisfaisante. Toutefois, il m'est arrivé de sentir un certain embarras de la part de responsables administratifs lorsque je les questionnais sur la politique de recrutement des PADHUE de leur hôpital ou encore sur leurs échelons de rémunération. Quelques-

Informations sur les frères et sœurs de l'enquêté(e):

	Sexe	Année de naissance	Pays de résidence	Ville de résidence	Profession
Frère ou sœur 1	H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	1952	MAROC	CASA BLANCA	Employé de Banque
Frère ou sœur 2	H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	1954	MAROC	CASA BLANCA	Mari au foyer
Frère ou sœur 3	H <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	1956	MAROC	CASA BLANCA	Architecte
Frère ou sœur 4 <i>Enquête</i>	H <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
Frère ou sœur 5	H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	1958	MAROC	CASA BLANCA	Fonctionnaire
Frère ou sœur 6	H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	1964	MAROC	CASA BLANCA	Fonctionnaire
Frère ou sœur 7	H <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	1966	MAROC	CASA BLANCA	Compositeur
Frère ou sœur 8	H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	1968	ETATS - UNIS	KANSAS	Fonctionnaire
Frère ou sœur 9	H <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	1969	HOLLANDE	-	Recherche d'emploi
Frère ou sœur 10	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				

Informations complémentaires sur la famille :

Tous de famille en France

.....

.....

.....

7

Figure 4. Extrait du tableau d'une matrice biographique complétée

uns n'ont d'ailleurs pas hésité à me dire que mon objet d'étude les dérangeait dans le sens où ils étaient conscients d'employer des médecins sous des statuts précaires. À l'issue de ces rendez-vous, les responsables me mettaient généralement en contact avec des médecins, qui eux-mêmes me mettaient en relation avec d'autres collègues. Cette démarche déclenchait un effet « boule de neige » au sein des différents établissements.

Durant la phase de terrain au sein des hôpitaux, j'ai rapidement remarqué que la plupart des personnes travaillant à l'hôpital (secrétaires médicales, infirmières, etc.) me prenaient pour une représentante de laboratoire pharmaceutique. Après avoir expliqué en vain ma vraie situation, j'ai décidé de ne plus réfuter les représentations que l'on se faisait de moi. Cette étiquette a toutefois eu ses avantages puisque j'ai ainsi pu obtenir des rendez-vous plus rapidement avec les médecins et circuler librement dans l'hôpital sans induire des changements de comportement du personnel hospitalier. Les prises de rendez-vous par téléphone se sont également avérées assez simples, car les secrétaires me donnaient un rendez-vous ou me mettaient immédiatement en lien avec la personne demandée dès que je prononçais le mot « laboratoire » en me présentant. D'un point de vue éthique, je ne considère à aucun moment avoir été dans une position de tromperie,

mais plutôt dans une posture « conforme » au lieu dans lequel j'évoluais. En effet, je n'étais pas à l'origine de l'image que les gens se faisaient de moi, mais surtout, à aucun moment je ne me suis servie de cette image pour accéder à des services ou obtenir des informations auxquelles je ne devais pas avoir accès. L'essentiel à mes yeux était de ne pas obtenir de silences ou d'informations biaisées de la part du personnel hospitalier. À ce titre, la solution la plus naturelle était de devenir « invisible » en acceptant simplement que l'on me place au sein de la hiérarchie hospitalière.

En fin de compte, grâce à une technique d'enquête adaptée et à une posture me permettant de me fondre au sein du milieu hospitalier j'ai pu faire une observation attentive de chaque établissement tout en réalisant de nombreux entretiens.

Remplissage de la matrice biographique

Les 52 entretiens réalisés avec des PADHUE se sont déroulés de façon identique. En premier lieu, je les informais sur l'objet et le cadre de ma recherche, sur la façon dont allait se dérouler l'entretien ainsi que sur le fait que celui-ci allait être traité de manière confidentielle. Je leur expliquais qu'avant de les interroger sur des points précis, j'allais d'abord remplir une matrice biographique dont le but est d'obtenir un appui visuel de l'ensemble de leur parcours. En second lieu, après avoir obtenu leur accord, je commençais à enregistrer la conversation au moment où j'entamais le remplissage de la matrice biographique. Je recueillais toujours en premier les données d'ordre familial avant de passer à la reconstitution du parcours migratoire et professionnel. Une fois la matrice remplie, je basculais vers un entretien semi-directif. Celui-ci se composait de questions communes à l'ensemble des médecins et de questions plus spécifiques en fonction du parcours de chacun. Tous les entretiens ont été réalisés en tête à tête au sein des structures hospitalières (salle de réunions, urgences, etc.). En moyenne, les entretiens duraient 1 heure 30 minutes. Même si quelques fois nous avons été dérangés (sonnerie du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), appels téléphoniques, etc.), les rendez-vous se sont déroulés de manière très satisfaisante. Sur l'ensemble des praticiens rencontrés, un seul n'a pas souhaité être enregistré et un autre n'a pas voulu participer. À l'inverse, de nombreux médecins expliquaient l'intérêt qu'ils portaient à participer à cette recherche et ils n'hésitaient pas à raconter leur parcours sans tabous. Le manque de disponibilité des médecins a parfois entraîné quelques difficultés. Par conséquent, ils acceptaient d'être rencontrés pendant qu'ils étaient en service pour les urgentistes, avec le risque de devoir partir à tout moment en cas d'urgence, ou avant ou après leurs consultations pour les autres. Mises à part ces quelques difficultés liées à la profession, je tire un bilan positif des entretiens avec l'ensemble des praticiens.

In fine, l'élaboration d'une enquête mêlant différents recueils de données m'a permis de construire une forme novatrice de méthodologie appliquée dans les hôpitaux et particulièrement adaptée au recueil des parcours de vie des praticiens. Les données

obtenues renferment des informations pertinentes sur le déroulement des trajectoires professionnelles de médecins et le fonctionnement des structures hospitalières françaises, mais elles ont de plus rendu possible la création de cartographies de parcours.

Les principaux résultats issus de l'enquête biographique

L'enquête biographique réalisée auprès des PADHUE retracent les parcours migratoires, professionnels et familiaux de ces praticiens de leur naissance jusqu'au moment de l'entretien. Elle porte également sur les facteurs, les causes et les éléments qui se sont déroulés tout au long de la vie des individus rencontrés. Ayant une portée de projection, cette méthodologie d'enquête expose ainsi les projets migratoires, de leur version initiale à leur forme redéfinie au moment de l'enquête.

Les projets migratoires et le point de vue des migrants

Dans le domaine des migrations internationales, de nombreux chercheurs, tels que Cortes et Faret (2009), s'accordent à dire que les migrations prennent actuellement place dans une grande complexité, en raison de la multitude de facteurs intervenant dans l'élaboration d'un projet. Face à ce constat, j'ai donc cherché à étudier minutieusement les projets migratoires des médecins à diplôme extra-européen ainsi que l'évolution de ces mêmes projets. L'utilisation de la matrice biographique s'est révélée pertinente, car le recueil du parcours de vie d'un individu de façon chronologique permet facilement d'extraire les événements (mariage, conflit dans le pays d'origine, changement de statut, etc.) ayant eu pour conséquence de modifier le projet migratoire élaboré au moment de la venue en France. De plus, le recueil du déroulement du parcours dans trois domaines empêche de se focaliser sur la seule carrière professionnelle du praticien et analyse plutôt l'ensemble des éléments venus nourrir et orienter son parcours.

L'étude des projets initiaux met en avant deux principaux résultats. Tout d'abord, la majorité des médecins sont venus en France de façon temporaire afin de réaliser des diplômes de spécialisation : « Moi, l'objectif en arrivant ici c'était d'avoir ma spécialité en France, changer un peu d'air [...] basta et je repars. Ça, c'était mon objectif » (Medhi, homme, 35 ans, né et diplômé en Tunisie, arrivé en France en 2001).

Mais au-delà de cette raison presque commune à tous les enquêtés, j'ai remarqué qu'une grande diversité d'éléments (personnels, familiaux, politiques, historiques, etc.) est venue s'ajouter et compléter leur projet initial : « Moi, si je suis venu en France ce n'est pas par amour de la France. Je suis venu parce que j'étais menacé en Algérie par les terroristes » (Idris, homme, 53 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990).

Malheureusement, c'est juste la maladie de ma femme qui fait qu'on est venu en France [...] Il fallait prendre une décision donc j'ai vendu ma

voiture et avec l'argent de la voiture, on a loué un appartement en France (Tarek, homme, 54 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2004).

L'arrivée en France de PADHUE à partir des années 1980 est donc le résultat d'un large éventail de raisons individuelles associées à une législation permettant la formation de spécialistes diplômés à l'étranger en France.

Durant les entretiens, les médecins ont évoqué leur ressenti et l'évolution de leur regard tout au long de leur expérience en France. L'ensemble de ces informations m'a permis d'analyser les satisfactions et les désillusions de ces praticiens vis-à-vis du système de santé français. D'une manière générale, ils expriment avoir ressenti une certaine déception lors de leurs premières années de travail en France. En effet, ces praticiens connaissent des formes de précarisation liées à la discrimination légale qu'ils subissent durant la période où ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine (Rohi, 2003). « Nous sommes à usage unique, du personnel à usage unique. Il y a du boulot, on t'embauche, après il n'y a pas de boulot, tu vas dehors » (Carlos, homme, 60 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992).

Moi je suis toujours considéré comme la dernière roue du carrosse de l'hôpital qui est là, à faire tout ce que les autres ne veulent pas faire. Je vous dis la vérité, si c'est trop sale, si ça pue, on me dit : « ça te dit de faire ça? » (Jules, homme, 60 ans, né en République centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983).

La plupart des PADHUE disent vivre un quotidien éreintant durant cette période. Entre la « nécessité » de devoir justifier leurs compétences auprès du personnel hospitalier et les réflexions racistes de certains de leurs homologues français, des médecins expliquent avoir vécu des moments psychologiques difficiles, les poussant parfois à abandonner des projets ou à revoir leur carrière professionnelle à la baisse. Bien que de nombreux PADHUE disent que la législation spécifique les contraint pendant plusieurs années à être corvéables et révocables à merci, la plupart d'entre eux indiquent être fiers de leur parcours professionnel et de ce qu'ils accomplissent en France. « Oui, je suis fier de moi, honnêtement je suis fier de moi parce que malgré tous les obstacles je suis arrivé à m'en sortir » (Assim, homme, 52 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1988).

Effectivement, la majorité des praticiens ressentent un soulagement, mais également une certaine fierté lorsqu'ils arrivent à intégrer pleinement le corps médical français. Cette intégration professionnelle est d'ailleurs une des principales raisons de leur installation en France. J'ai ainsi pu constater que ces médecins n'échappent pas à la « règle » du quasi impossible retour au pays qui touche tous les migrants de longue date. « On rencontre la femme de sa vie et puis voilà on reste, c'était ça » (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982).

J'ai repoussé mon retour en Algérie parce que ça a duré quand même cinq ou six ans cette histoire (la guerre civile). Puis c'est le mariage avec mon épouse. Puis c'était un peu difficile de changer complètement de vie parce que le fait d'être attaché à une personne et puis commencer à avoir des enfants, c'est un peu difficile de changer. Et puis le pays aussi il était quand même dans un état lamentable (Kamel, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991).

Entre les raisons qui les incitent à rester en France et les raisons qui bloquent le retour dans leur pays d'origine, la majorité des médecins admettent qu'ils ne réaliseront pas leur projet initial et qu'ils finiront certainement leur carrière professionnelle en France. Ainsi, comme le dit Breviglieri, « en réalité, tout déplacement migratoire a la potentialité de réorienter l'existence et de marquer un tournant de vie radical et définitif » (2010, p. 67).

Cette étude des projets migratoires des médecins, de leur expérience et de leur ressenti met en avant le fait que le contexte français, la législation spécifique et les multiples facteurs ont consécutivement amené les PADHUE à venir temporairement exercer en France, à devenir « invisibles » puis à redéfinir leur projet en intégrant le corps médical et en s'installant durablement en France.

Finalement, les projets de ces migrants hautement qualifiés et la législation spécifique concernant les professionnels de santé en France ont engendré des parcours professionnels particuliers et uniques que j'ai pu cartographier et analyser très finement grâce aux matrices biographiques complétées avec les médecins.

Des parcours professionnels complexes

À travers cette dernière sous-partie, je vais m'arrêter sur les grandes lignes de l'analyse des parcours des PADHUE. Pour Lochard, Meilland et Viprey, le « cadre réglementaire général dont dépend largement la question des médecins à DE (diplôme étranger) induit pour ces derniers des trajectoires professionnelles particulières, exposées à la précarité et à diverses formes de déclassement » (2007, p. 85). Selon ces auteurs, le caractère spécifique des parcours de ces praticiens serait principalement lié à la législation à laquelle ils sont soumis. J'ai donc choisi de me focaliser sur le déroulement et les différentes étapes des parcours de ces médecins. Leur analyse m'a permis d'extraire les facteurs et les événements qui orientent et guident les médecins diplômés en dehors de l'Union européenne. Elle m'a servi à identifier les opportunités et les contraintes rencontrées par ces praticiens, ainsi que les stratégies qu'ils mettent en place durant leur carrière pour intégrer le corps médical français. Cette analyse m'a également été utile pour saisir l'incidence de la législation spécifique sur chacune des étapes des trajectoires individuelles ainsi que sur les équilibres familiaux des individus.

Pour analyser ces processus sociaux complexes, il m'était nécessaire de disposer de données fines sur la vie des individus (Vivier, 2006). Rappelons que c'est dans ce

but que j'avais élaboré la matrice biographique. Cette méthodologie m'a offert la possibilité d'avoir une lecture plus individualisée des parcours et de confronter le sens que les individus confèrent au déroulement de leur vie.

En fin de compte, il ressort de l'analyse des parcours que la législation spécifique aux médecins diplômés hors UE les enferme en dehors du cadre commun. Le déroulement de leur parcours professionnel diffère de ceux des médecins diplômés en France, car ils connaissent souvent des changements de villes ou d'établissements durant leur carrière professionnelle. Leurs discours et l'étude de leur parcours ont révélé des carrières surprenantes de complexité et d'adaptation, forgées de nombreuses étapes dont l'objectif est d'intégrer complètement le corps médical. De la grande mobilité spatiale (voir Figure 5, parcours d'Olivier) au changement temporaire des fonctions ou de spécialités (voir Figure 6, parcours de Gabriel), ces médecins font preuve d'une forme constante d'adaptation forgée d'opportunités, d'ingéniosité, de stratégies ou encore de coups du hasard.

On se débrouillait pour trouver les stages, on pouvait les trouver dans d'autres départements alors du coup ça nous obligeait à parcourir de longues distances. Parce qu'en fait on donnait les postes d'abord aux internes français et s'ils n'avaient pas choisi les postes alors là on pouvait aller chercher chez les étrangers. Donc on faisait tout ce parcours un peu bizarroïde (Jules, homme, 60 ans, né en République centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983).

Je me suis rendu compte que ça allait être compliqué de trouver un poste d'hémo donc j'ai cherché à trouver une spécialité où je peux exercer, où il y a beaucoup d'offres dans la région et j'ai vu que c'est la gériatrie (Régis, homme, 43 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002).

La grande précision des parcours recueillis des praticiens m'a notamment permis de réaliser une typologie descriptive exposant les principaux profils de médecins tout en interrogeant la dimension volontaire de la pratique d'une spécialité par les praticiens. Finalement, l'étude de l'ensemble des parcours des médecins a mené au constat commun que le cadre juridique – auquel ces médecins sont soumis – interfère et influence le déroulement des parcours des PADHUE.

Conclusion

Ce travail a proposé de croiser géographie des migrations internationales et géographie de la santé pour étudier une catégorie de médecins particulière en France : les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Au fil de l'article, la pertinence du choix d'une méthodologie combinant le recueil de données quantitatives et qualitatives à une échelle régionale a été démontrée pour l'étude de ces migrants

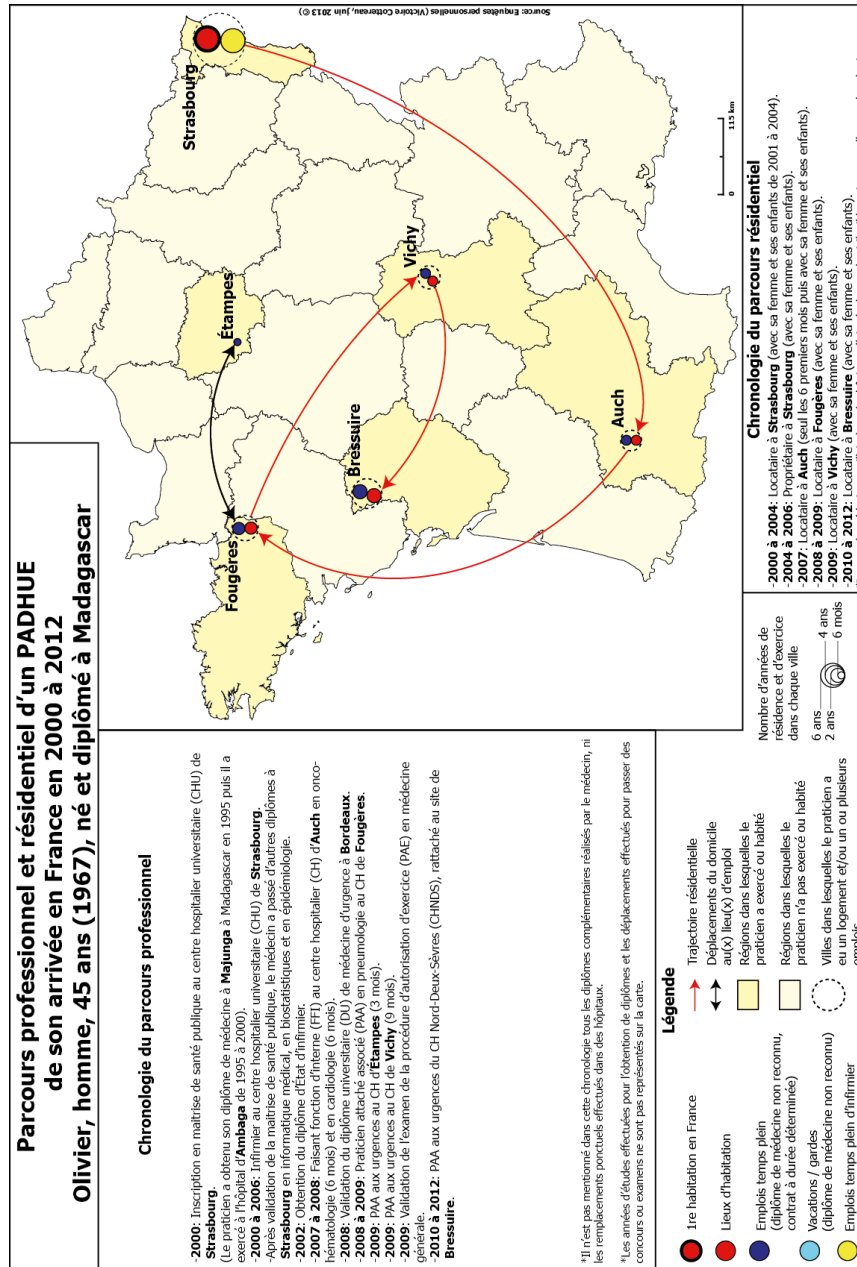


Figure 5. Cartographie du parcours d'Olivier.

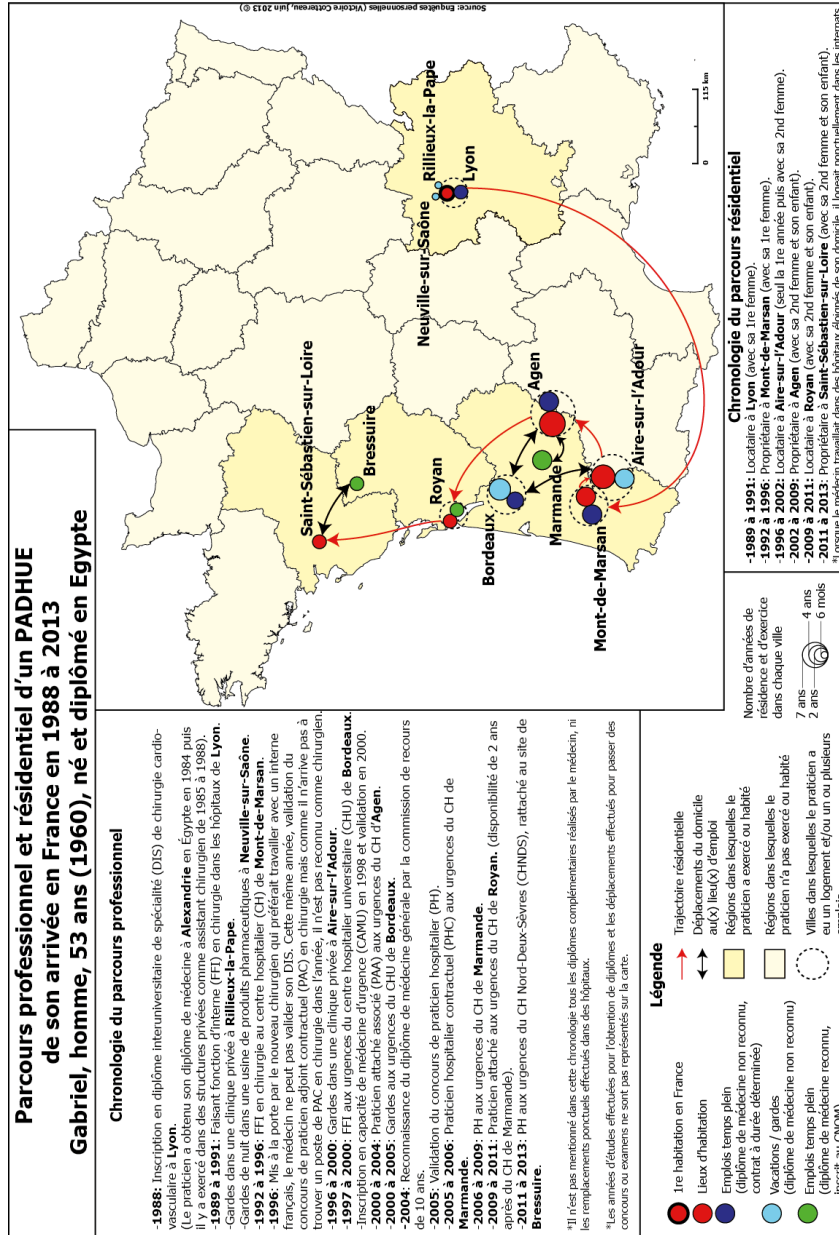


Figure 6. Cartographie du parcours de Gabriel.

hautement qualifiés. Tout d'abord, la production d'un recensement pour la région Poitou-Charentes a servi à rassembler des informations qui offrent un tableau complet et précis de la place de ces praticiens dans les hôpitaux publics et, plus largement, de leur influence au sein du système de santé. Ensuite, la réalisation d'une enquête biographique auprès de ces médecins a permis de recueillir simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire) puis de comprendre les pratiques de mobilité des individus, sans avoir une lecture limitée à leur pratique professionnelle. Cette méthodologie a ainsi conféré une grande précision quant aux données obtenues, tant sur le déroulement des carrières de médecins que sur l'organisation des établissements hospitaliers français. De façon transversale, des processus ont été mis en lumière en remettant les parcours de vie de ces personnes dans leurs dimensions spatiales et sociales.

In fine, l'élaboration d'une méthode qualitative suivie mêlant une collecte de données quantitatives, des entretiens auprès de responsables administratifs et une enquête biographique auprès des PADHUE constitue une forme innovante de méthodologie appliquée dans les hôpitaux qui a généré de nombreux résultats.

Notes

¹ Cet article se base sur un travail de thèse effectué au sein du laboratoire MIGRINTER (UMR CNRS 7301) sous la direction d'Emmanuel Ma Mung et d'Anne-Cécile Hoyez. Cette recherche doctorale a été financée par la Mission Recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MIRE-DREES).

² Les PADHUE qui n'ont pas exercé en France avant le 3 août 2010 ne sont pas autorisés à travailler en France.

³ Directive 75/362/CEE du Conseil des communautés européennes de 1975.

⁴ Décret n° 81-291 du 30 mars 1981 et décret n° 87-788 du 28 septembre 1987.

⁵ Création du diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS). Ce diplôme était uniquement à destination des étrangers autres que les ressortissants de la Communauté économique européenne et les Andorrans titulaires d'un diplôme de médecin permettant l'exercice de la médecine dans le pays d'obtention ou d'origine.

⁶ Automatisation des listes (ADELI). Il s'agit d'un système d'information national sur les professionnels de santé.

⁷ Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Références

Bertaux, D. (2005). *Le récit de vie*. Paris : Armand Colin.

Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'entretien : L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin.

- Billiard, I., Debordeaux, D., & Lurol, M. (2000). *Vivre la précarité : Trajectoires et projets de vie*. Paris : Édition de l'Aube.
- Bonnici, B. (1998). *L'hôpital : Enjeux politiques et réalités économiques*. Paris : Les Études de la Documentation française.
- Breviglieri, M. (2010). De la cohésion de vie du migrant : Déplacement migratoire et orientation existentielle. *Revue européenne des migrations internationales*, 26(2), 57-76.
- Cash, R., & Ulmann, P. (2008). *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : Le cas de la France* [Rapport pour la direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales]. Paris : OCDE.
- Chasles, V. (2012). Les flux internationaux de personnel de santé, une illustration des inégalités de développement. *Géococonfluences*. Repéré à <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient3.htm>
- Contandriopoulos, A.-P., & Souteyrand, Y. (1996). *L'hôpital stratège*. Paris : John Libbey Eurotext.
- Cortes, G., & Faret, L. (2009). *Les circulations transnationales : Lire les turbulences migratoires contemporaines*. Paris : Armand Colin.
- Cottureau, V. (2010). *Les parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), l'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres* (Mémoire de Master 2). Université de Poitiers, Poitiers, France. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708099/document>
- Cottureau, V. (2015). *Les « invisibles » de l'hôpital : Parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans la région Poitou-Charentes* (Thèse de doctorat). Université de Poitiers, Poitiers, France. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01271698/document>
- Courgeau, D. (1981). *Triple biographie : Familiale, professionnelle et migratoire*. Repéré à http://www.ined.fr/grab/ms3_chapitres/m_et_s_3_chapitre_2.pdf
- Courgeau, D. (1985). Bases théoriques et modèles pour une enquête sur la biographie familiale, professionnelle et migratoire. *Espace, populations, sociétés*, 1(3), 240-247.
- Courgeau, D. (2004). *Du groupe à l'individu : Synthèse multiniveau*. Paris : Institut National d'Études Démographiques.
- Dureau, F., & Florez, C.E. (1999). Enquêtes « mobilité spatiale à Bogota et dans trois villes du Casanare » (Colombie). Dans A. Philippe, C. Bonvalet, D. Courgeau, F. Dureau, & E. Lelièvre (Éds), *Biographies d'enquêtes : Bilan de 14 collectes biographiques* (pp. 241-278). Paris : Presses universitaires de France.

- Groupe de réflexion sur l'approche biographique (GRAB). (1999). *Biographies d'enquêtes : Bilan de 14 collectes biographiques*. Paris : PUF/DIFFUSION.
- Groupe de réflexion sur l'approche biographique (GRAB). (2006). *États flous et trajectoires complexes : Observation, modélisation, interprétation*. Paris : INED.
- Hartzfeld, C., Boidé, M., & Baumelou, A. (2009). Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire : Leur difficile intégration dans le système français, cas des médecins et des infirmiers. *Hommes et migrations*, 1282, 90-101. Repéré à <https://hommesmigrations.revues.org/452>
- Jabot, F., & Demeulemeester, R. (2005). Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique. *Santé publique*, 17, 597-606.
- Krasteva, A., & Vasilcu, D. (2014). *Migrations en blanc. Médecins d'est en ouest*. Paris : L'Harmattan.
- Lochard, Y., Meilland, C., & Viprey, M. (2007). La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle. *Revue de l'Institut de recherches économiques et sociales (IRES)*, 53, 83-110.
- Marcus, E. (2010). Ethnographie du/dans le système monde : L'émergence d'une ethnographie multisituée. Dans D. Cefaï (Éd.), *L'engagement ethnographique* (pp. 371-395). Paris : EHESS.
- Mintandjian, A. (2015). *Étude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Île-de-France : Étude de cohorte* (Thèse de doctorat inédite). Université Paris Descartes, Paris, France.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2010). *Les migrations internationales des personnels de santé : Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale*. Paris : OCDE.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2006). *Travailler ensemble pour la santé*. Genève : OMS.
- Panel, P. (2007). L'hôpital public. Ses contradictions, ses mutations. *Études*, 10(407), 319-330. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-etudes-2007-10-page-319.htm>
- Pian, A. (2012). Un terrain dit « sensible » dans le champ des migrations : Réflexivité sur une expérience marocaine. *e-migrinter*, 9, 79-90. Repéré à <https://e-migrinter.revues.org/776>
- Picheral, H., & Vigneron, E. (1996). La mobilité des médecins en France : Du lieu de formation au lieu d'exercice. *Espaces, populations, sociétés*, 14(1), 45-54. Repéré à http://www.persee.fr/doc/espos_0755-7809_1996_num_14_1_1728

- Rohi, D. (2003). *Discriminations légales et précarité : Algériens et Espagnols de France*. Paris : Mission de Recherche Droit et Justice.
- Séchet, R., & Vasilcu, D. (2012). Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice. *Noroi, environnement, aménagement et société*, 2(223), 63-76.
- Simard, M., & Van Schendel, N. (2004). *Les médecins immigrants et non immigrants en régions éloignées au Québec : Processus d'insertion globale et facteurs de rétention*. Montréal : Institut national de la recherche scientifique, Urbanisation, Culture et Société.
- Vigneron, E. (2002). *Pour une approche territoriale de la santé*. Paris : Éditions de l'Aube DATAR.
- Vivier, G. (2006). Comment collecter des biographies? De la fiche Ageven aux grilles biographiques. Principes de collecte et innovations récentes. Dans Actes du colloques de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française *Population et travail* (pp. 119-131). Aveiro, Portugal.

Victoire Cottereau est titulaire d'un doctorat en géographie. Actuellement, elle est attachée temporaire d'enseignement et de recherche à l'Université de Rouen (UMR IDEES). Elle a réalisé sa thèse sur les migrations des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) au sein du laboratoire de recherche MIGRINTER à Poitiers. Ses recherches en cours portent sur les mobilités des étudiants français allant effectuer leur cursus de médecine dans d'autres pays européens (Roumanie).