



HAL
open science

L'évaluation de la loi du 1er février 2012 concernant l'acquisition du plein exercice pour les médecins à diplôme hors Union européenne

Xin Chen

► **To cite this version:**

Xin Chen. L'évaluation de la loi du 1er février 2012 concernant l'acquisition du plein exercice pour les médecins à diplôme hors Union européenne. Santé. Université Sorbonne Paris Cité; Shanghai Jiao Tong University, 2017. Français. NNT : 2017USPCB123 . tel-01815030

HAL Id: tel-01815030

<https://theses.hal.science/tel-01815030>

Submitted on 13 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Descartes

Ecole doctorale
ED262 / EA4569

L'évaluation de la loi du 1^{er} février 2012 concernant l'acquisition du plein exercice pour les médecins à diplôme hors Union Européenne

Par Monsieur Xin CHEN

Thèse de doctorat de Droit de la santé

Dirigée par Professeur Dominique BERTRAND

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2017

Devant un jury composé de :

Dominique BERTRAND	Professeur	Directeur
Yong ZHANG	Professeur	Rapporteur
Bénédicte BEVIÈRE BOYER	Maître de conférences	Rapporteur
Marie-France MAMZER	Professeur	Membre
Marie-Caroline MEYOHAS	Professeur	Membre
Olivier FROMENTIN	Professeur	Membre
Jin MA	Professeur	Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Rien ne réussit comme le succès

(Alexandre Dumas)

Remerciements

*Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent
du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers
par qui nos âmes sont fleuries.*

Marcel Proust

*En buvant l'eau du puits,
n'oubliez pas ceux qui l'ont creusé.*

Je ne serais jamais être là sans vous tous.

En premier lieu, Je tiens à exprimer mes plus vifs remerciements à monsieur le Professeur Dominique BERTRAND, mon directeur de thèse, pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant d'encadrer ce travail doctoral, pour ses multiples conseils et pour toutes les heures qu'il a consacrées à diriger cette recherche.

Sa compétence, sa rigueur scientifique et sa clairvoyance m'ont beaucoup appris. Ils ont été et resteront des moteurs de mon travail de chercheur.

J'aimerais également lui dire à quel point j'ai apprécié sa grande disponibilité et son respect sans faille des délais serrés de relecture des documents que je lui ai adressés. Enfin, j'ai été extrêmement sensible à ses qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de ce travail doctoral.

En même temps, je remercie la Directrice Générale du Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière

qui m'a accueilli dans ces locaux et m'a permis de travailler sur les données de la Procédure d'Autorisation d'Exercice, elle a toujours montré un grand intérêt et ces recherches.

Je remercie surtout Monsieur le professeur Yong ZHANG, mon professeur de Shanghai jiaotong university, je vous remercie votre soutien pendant mes périodes de doutes et pour vos multiples encouragements répétés. Je ne serai jamais être ici sans vous.

Je présente tous mes remerciements à l'ensemble des membres de mon jury : Madame Marie-France MAMZER ; Monsieur Yong ZHANG, Madame Bénédicte BEVIERE-BOYER ; Madame Marie-Caroline MEYOHAS, Madame Olivier FROMENTIN et Monsieur Jin MA.

Je remercie Monsieur le professeur Christian HERVE et Madame le professeur Marie-France MAMZER pour m'avoir accueilli dans laboratoire EA4569 de l'Université Paris V DESCARTES.

Je remercie aussi Monsieur le professeur Robert NICODEME, président de la Section Formation et Compétences Médicales, ainsi qu'Adam TORNAY, responsable de la Section de m'avoir permis de commencer à travailler au Conseil National de l'Ordre des Médecins dans d'aussi bonnes conditions. Merci aussi tout particulièrement à Karinna CLEMEN, Sylvie ROBERT, Natacha PIERRE.

Je remercie Monsieur le docteur Jean-Marcel MOURGUES et Madame le docteur Cécile BISSONNIER-GILLOT de m'avoir pris à la Section Santé Publique et Démographie Médicale au Conseil National de l'Ordre des Médecins pour le travail de chargé d'études à la Section, le poste que j'occupe aujourd'hui, ainsi que toute équipe de la Section Santé Publique et Démographie Médicale. Je ne manque pas de vous dire que j'ai ravi de travailler avec vous.

Je remercie spécialement mon épouse, Lei, elle m'a accompagné et encouragé tout au long de cette thèse, malgré le temps que j'ai dû soustraire à notre vie familiale pendant la thèse.

Pour le plus important, j'adresse toute mon affection à mes parents qui sont toujours avec moi à chaque moment quand j'en ai besoin. Malgré mon éloignement depuis nombreuses

années, leur confiance, leur tendresse, leur amour me portent et me guident tous les jours. Je ne m'arrête jamais de continuer à marcher sur le chemin qu'ils m'ont montré, Je suis fier de vous, je vous aime.

Avertissement

Ce document de thèse est le fruit d'un long travail effectué par l'auteur monsieur Xin CHEN et approuvé par le jury de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur : ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite de ce travail expose à des poursuites pénales.

Liste des principales abréviations

AFS Attestation de Formation Spécialisée

AFSA Attestation de Formation Spécialisée Approfondie

CAE Commission d'Autorisation d'Exercice

CE Commission Européenne

CM Cours Magistraux

CMU Couverture Maladie Universelle

CNG Centre National de Gestion

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSCT Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

DEA Diplôme d'Etudes Approfondies

DELFL Diplôme d'Etudes en Langue Française

DES Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DESS Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées

DFASM Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DGOS Direction Générale de l'Offre de soins

DGS Direction Générale de Santé

DTP Diphtérie Tétanos Poliomyélite

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN Epreuves Classantes Nationales

ECNi Epreuves Classantes Nationales informatisées

ED Enseignements Dirigés

EPS Etablissement Public de Santé

ESPIC Etablissement de santé privé à but non lucratif

EVC Epreuve de Vérification des Connaissances

FFI Faisant Fonction d'Interne

FPS Fédération des Praticiens de Santé

FST Formations Spécialisées Transversales

INPADHUE Institut National des Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne

NC Numéris Clausus

ONDPS Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PACES Première Année Commune aux Etudes de Santé

PADHUE Praticiens à Diplômes Hors Union Européenne

PAE Procédure d'Autorisation d'Exercice

RPPS Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

TCF Test de Connaissance du Français

TEF Test d'Evaluation de Français

TP Travaux Pratiques

UFR Unité de Formation et de Recherche

UE Union Européenne

Sommaire

Remerciements	4
Avertissement	7
Liste des principales abréviations	8
Introduction	12
1. La place de la Procédure d'autorisation d'exercices dans les conditions d'exercice des professions médicales en France	15
1.1. Introduction	15
1.2. Études médicales :	17
2. Reconnaissance automatique et régime général	49
2.1. Aspect juridique de Reconnaissance automatique	49
3. Procédure d'Autorisation Ministérielle d'Exercice (PAE)	59
3.1. Les médecins étrangers sont toujours autorisés à exercer en France	59
4. Analyse quantitative des 3 listes d'inscription aux Epreuves de vérification des connaissances	88
4.1. Base de données et textes législatifs	88
4.2. Matériels et méthodes	89
4.3. Les analyses globales de trois listes entre 2012 et 2016	93
5. Analyse transversale des 3 listes d'inscription aux EVC à la Procédure d'Autorisation d'Exercice	106
5.1. Année 2012	106
5.2. Année 2013	114
5.3. Année 2014	121
5.4. Année 2015	130
5.5. Année 2016	138
6. Analyse qualitative des 3 listes d'inscription à la Procédure d'Autorisation d'Exercice	146
6.1. Analyse des candidats inscrits	146
6.2. Analyse des candidats présents	150

<u>6.3. Evolution du nombre de candidats présents en liste A aux EVC de la Procédure d'Autorisation d'Exercice</u>	<u>154</u>
<u>6.4. Evolution du nombre de candidats présents en liste B aux EVC de la Procédure d'Autorisation d'Exercice</u>	<u>159</u>
<u>6.5. Evolution du nombre de candidats présents en liste C aux EVC de la Procédure d'Autorisation d'Exercice</u>	<u>171</u>
<u>6.6. Evaluation des échecs et du stock des candidats de la liste C.....</u>	<u>191</u>
<u>6.7. L'avenir de la liste C et l'avenir des candidats de la liste C.....</u>	<u>193</u>
<u>7. Les médecins ayant réussi à la commission d'autorisation d'exercice et inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ; leur installation, leur état actuel</u>	<u>196</u>
<u>7.1. Recherche des médecins lauréats des EVC et leur inscription au Tableau de l'Ordre des médecins par année.....</u>	<u>197</u>
<u>7.2. Recherche des médecins lauréats aux EVC et leur inscription au Tableau de l'Ordre des médecins par les trois listes</u>	<u>199</u>
<u>7.3. Médecins de diplôme hors Union européenne, leur qualification et changement de qualification</u>	<u>203</u>
<u>7.4. Recherche des médecins entrants en France avec un diplôme d'origine hors Union européenne entre 2007 et 2016, par Région et par département</u>	<u>208</u>
<u>Conclusion</u>	<u>221</u>
<u>Bibliographie.....</u>	<u>227</u>
<u>Annexes et Publications.....</u>	<u>232</u>

Introduction

Au cours du dernier siècle, le phénomène de mondialisation a changé notre façon de vivre et d'envisager le monde. En ce qui concerne les processus de migration, plusieurs facteurs motivent les individus à quitter leurs pays d'origine : économiques, politiques, professionnels, démographique, climatiques, géographiques, familiaux, etc. Dans ces cas, c'est l'Etat du pays récepteur qui voit la nécessité de mettre en place des législations et des procédures administratives pour encadrer, contrôler et réguler la présence des migrants sur son territoire, c'est-à-dire la nécessité de mettre en place des politiques d'immigration (Cornuau et Dunezat 2008). La France est un pays qui a eu besoin d'une main d'œuvre étrangère dans différents secteurs de l'activité économique depuis plusieurs décennies (Spire, 2004). L'intégration des immigrés dans la société est d'abord un ensemble de politiques publiques en matière d'éducation, de travail, de logement et de santé (Costa-Lascoux 2006), car il ne s'agit pas simplement d'avoir une permission pour se déplacer sur le sol d'un pays mais de bénéficier de l'exercice de droits fondamentaux y compris la formation professionnelle et l'intégration dans le monde du travail.

En ce qui concerne le secteur de la santé, le problème des immigrés professionnels est plus complexe, car en France, la reconnaissance de leurs diplômes n'est pas automatique. Malgré cela, les praticiens recrutés dans le secteur sanitaire pratiquant la médecine ne sont pas légalement reconnus comme tels sur le plan administratif ; leur nombre est très important, et dans la majorité de cas, ils exercent les mêmes tâches que leurs confrères français (un praticien étranger en titre spécial doit exercer avec l'accompagnement d'un praticien inscrit au tableau de l'Ordre des médecins) avec une rémunération économique moindre et ils ne sont pas officiellement reconnus comme docteurs dans le cadre de la loi française. Cette précarité, qui existe depuis plusieurs années, est un sujet important signalé par les différents ministres ou experts de la santé publique. Il faut donc trouver des solutions et mettre en place les mécanismes nécessaires pour faire face à ces difficultés, parce qu'il s'agit d'un grand nombre de professionnels qui effectivement contribuent au fonctionnement du système de santé en France.

En France, depuis plusieurs années, sur le plan juridique, certains professionnels étrangers de la santé exercent d'une manière « irrégulière » leur travail ; par conséquent, de nombreuses lois ont tenté de répondre à leur dynamisme pour les régulariser, la loi du 30 novembre 1892 a même déjà limité l'exercice de la profession aux seules personnes munies d'un diplôme délivré par le Gouvernement français ; il existe aussi différentes lois en France concernant l'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne, comme l'article 60 de la Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, l'article 83 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale et l'article 1 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 Etat non membre de l'Union européenne, la dernière était la loi n°2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne. Par conséquent, de nombreux praticiens à diplôme étranger se sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, via la procédure d'autorisation d'exercice, et selon l'Atlas 2016 du Conseil National de l'Ordre des Médecins : « parmi les médecins nouvellement inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins, au cours de l'année 2015, 11,3% sont titulaires d'un diplôme extra-européen, 11,1% sont titulaires d'un diplôme de l'Union européenne ».

Néanmoins, il existe toujours des problèmes liés à la gestion des praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne. D'une part, sur le plan de la régularisation des praticiens, on n'arrive pas à connaître leur nombre dans les établissements de santé (les stocks) et leur statut au travail (état actuel), ce qui pose surtout un risque sur l'offre des soins ainsi que sur le système de santé lui-même ; d'autre part, pour les nouveaux praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne qui attendent de pouvoir exercer en France, la régulation ne leur donne pas la possibilité de s'installer librement sur le territoire français, sachant qu'il existe toujours des zones importantes de désertification médicale en France.

La thèse, qui propose une recherche approfondie sur la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne depuis la loi 2012-157 du 1er février 2012, présente d'abord les conditions globales d'exercice de la médecine en France, avant

de se concentrer sur l'histoire et l'évolution juridique de la procédure d'autorisation d'exercice pour les praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne, suivie par une recherche quantitative sur tous les praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne, qui se sont présentés aux Epreuve de Vérification des Connaissances et devant la Commission d'Autorisation d'Exercice, entre 2012 et 2016. Cette étude quantitative a pour but de rendre compte des résultats de ces praticiens au concours et aux examens, de leur fonction en tant que praticien étranger en France, et de l'impact des différentes lois qui les concernent sur leur évolution et leur avenir. La thèse se termine par une étude de l'état actuel des praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne qui sont non régularisés en France, explorant les possibilités d'exercice qui leur sont offertes en France dans l'avenir. Enfin, la thèse propose d'explorer le lien entre le nombre de praticiens à diplôme obtenu hors Union européenne installés en France via la procédure d'autorisation d'exercice et la densité médicale en France, et rend compte de l'impact positif de la présence de ces praticiens sur la densité médicale dans certains départements et régions de France.

1. La place de la Procédure d'autorisation d'exercices dans les conditions d'exercice des professions médicales en France

1.1. Introduction

La profession de médecin en France est soumise à des critères législatifs stricts, prenant en compte le diplôme ainsi que la nationalité. Dans la perspective de l'évolution de la législation inhérente à l'exercice de la médecine sur le territoire français, hors Guyane, l'arsenal législatif s'est récemment densifié pour répondre à des logiques de régulation et de régularisation (la dernière étant le décret du 27 février 2017¹).

Actuellement, l'obtention de la qualification selon les trois voies² suivantes permet aux médecins d'exercer en plein exercice la médecine sur le territoire français :

- A. Les études médicales : c'est la voie dite classique qui octroie aux médecins, au terme de leur cursus de médecine en France, l'autorisation de pratiquer en plein exercice. Cette qualification est attribuée automatiquement à la fin du cursus en faculté (DES ou DESC II), lorsque le futur médecin a soutenu sa thèse et s'est inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins.

- B. La reconnaissance automatique : conformément à l'article V de la Directive 2005/36/CE modifiée du Parlement Européen, sept professions peuvent être reconnues automatiquement entre les pays membres de l'UE - notamment celle de médecin. Pour exercer en France, un médecin originaire d'un pays membre de la zone UE, dont il est citoyen, peut faire reconnaître le diplôme de médecine de son

¹ Décret n° 2017-246 du 27 février 2017 relatif à la procédure et aux commissions d'autorisations d'exercice pour la profession de médecin, prévues aux articles L. 4131-4 et L. 4131-4-1 du code de la santé publique.

² Les dispositions de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 juin 2004, modifié, portant règlement de qualification des médecins « sont reconnus qualifiés les médecins qui possèdent l'un des documents suivants »

pays d'obtention auprès de l'Ordre National des Médecins en France, si le diplôme est conforme.

C. La Procédure d'Autorisation Ministérielle : la législation en France permet également aux médecins de nationalité étrangère (hors zone UE) de déroger à l'article 4111-1³ du Code de la Santé Publique, et d'assurer en plein exercice la profession de médecin, par la reconnaissance de leur diplôme de médecine obtenu dans un pays non membre de l'UE.

³ Article 4111-1 du Code de la Santé Publique : 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, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ;

2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat 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 ;

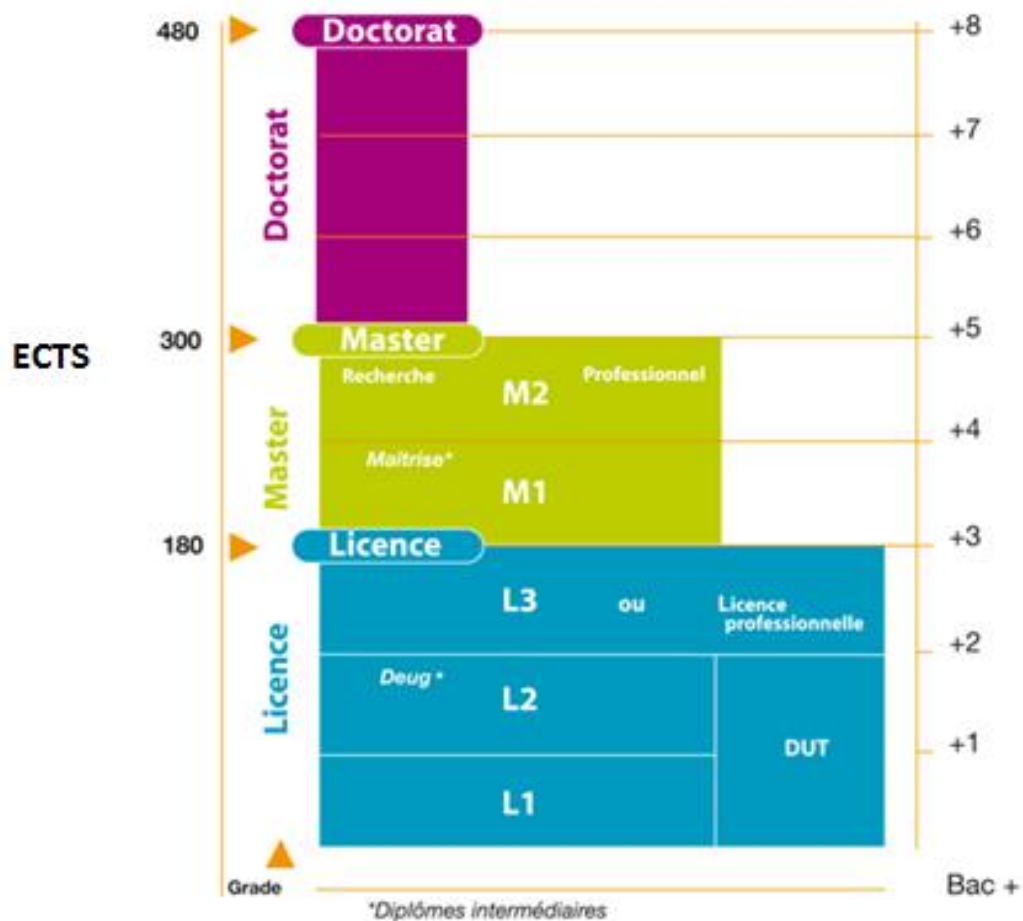
3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7.

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°.

1.2. Études médicales :

En France, les études de médecine diffèrent sensiblement des autres parcours universitaires organisés dans le cadre d'un modèle standard d'études supérieures LMD : Licence - 3 ans ; Master - 2 ans ; Doctorat - 3 ans (*graphique n°1*).

Graphique n°1 : modèle standard des études supérieures en France



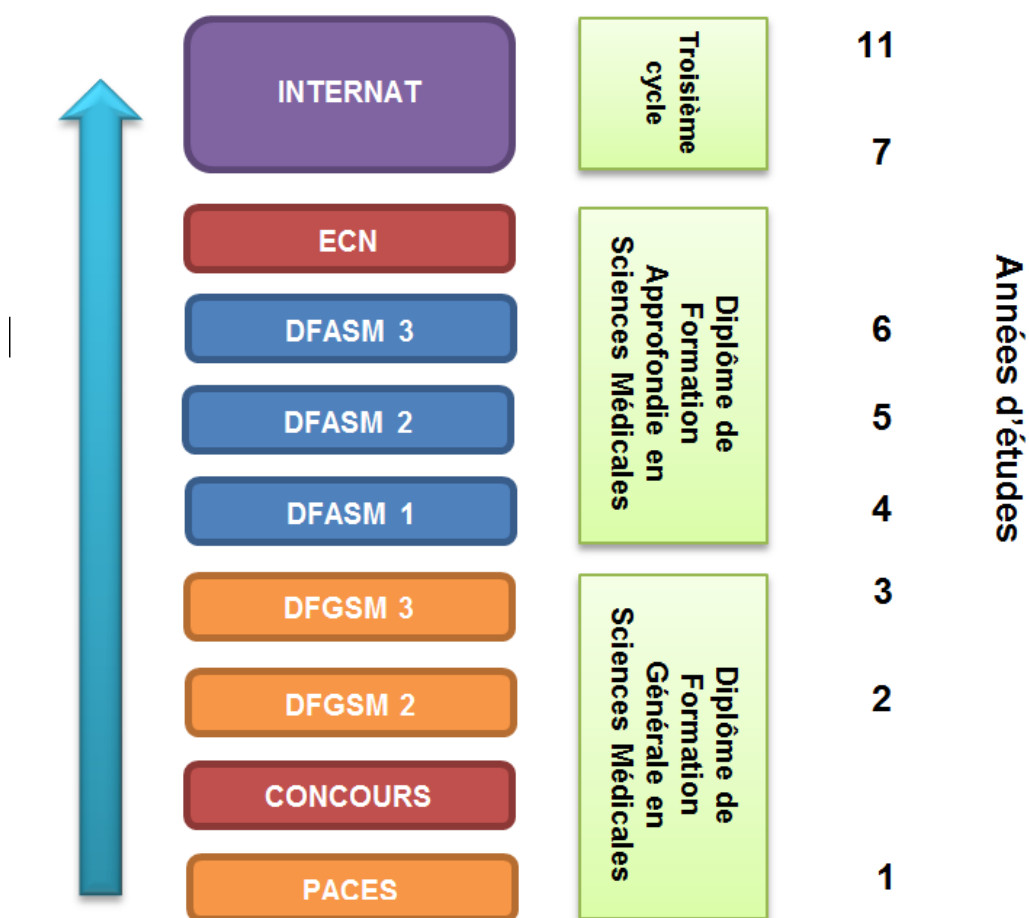
Pour les études médicales, les étudiants en médecine se forment au sein des UFR de médecine propres aux universités ; mais la logique du « numerus clausus » est une

spécificité de la filière. Introduite par la loi du 30 juin 1971, elle concourt depuis plus de quatre décennies au prestige de la discipline et la régulation s'effectue à l'entrée des spécialistes médicales de médecins des spécialités : épreuves classantes nationales informatisées (ECNi).

La formation en médecine est dure de l'ordre de 9 à 12 ans. Elle est introduite par un socle important de connaissances théoriques, complétée par des stages pratiques. Elle se poursuit par l'entrée en spécialités d'internat et se conclue par l'obtention du DES par la réussite du doctorat de médecine dans la spécialité choisie lors des ECN.

La durée et la forme des études de médecine en France sont différentes que celles de pays étrangers, surtout dans les pays hors Union Européenne où la durée du parcours, qui commence après le baccalauréat, est beaucoup plus courte qu'en France. Ce diplôme de base existe encore dans beaucoup de pays, mais pas en France où la médecine générale est devenue une spécialité.

Graphique n°2 : modèle des études médicales en France



Les études médicales en France (*graphique n°2*) sont réglementées par des dispositions très précises et se déroulent en trois cycles qui se terminent par la soutenance la thèse et l'inscription à l'Ordre des Médecins :

1.2.1. Premier cycle : Première année, numerus clausus et deuxième année

1.2.1.1. Première année (PACES):

La rentrée de l'année universitaire 2010-2011 fut marquée par un important changement, conséquemment à la loi n°2009-833 du 7 juillet 2009. Cette réforme introduisait une mutualisation de la première année de médecine, désormais commune aux études de santé en général et aux étudiants désireux de s'orienter au terme de leur parcours vers la profession de médecin. Cette mise en commun réunissait ainsi des formations auparavant distinctes. La motivation première de cette mutualisation était de permettre aux étudiants d'avoir accès à un nombre de postes offerts, plus élevé que celui du seul concours en médecine. La mutualisation des enseignements entre pharmacie, odontologie, médecine, et profession de sage-femme, permet aux étudiants d'envisager plus aisément une réorientation vers d'autres études médicales à la fin de leur première année.

L'arrêté du 28 octobre 2009, relatif à la première année commune aux études de santé (PACES), précise au sein de l'article 2 que :

« Pour être admis à s'inscrire en première année des études de santé, les candidats doivent justifier :

- soit du baccalauréat ;
- soit du diplôme d'accès aux études universitaires ;
- soit d'un diplôme français ou étranger admis en dispense ou équivalence du baccalauréat en application de la réglementation nationale ;
- soit d'une qualification ou d'une expérience jugées suffisantes, conformément aux dispositions de l'article L. 613-5 du code de l'éducation⁴ . »

⁴

« Article L.613-5 du code de l'éducation » Les études, les expériences professionnelles, les acquis personnels peuvent être validés, dans des conditions définies par décret, en vue de l'accès aux différents niveaux de l'enseignement supérieur.

La 1^{ère} année PACES comporte des enseignements théoriques dispensés sous forme de cours magistraux (CM) en amphithéâtre pour lesquels les étudiants sont divisés en raison de leur nombre et des enseignements dirigés (ED).

1.2.1.2. *Concours national de fin de la PACES: numerus clausus*

Le numerus clausus fixe le nombre de places offertes à l'entrée en seconde année d'études après le baccalauréat, et ce, par unité de formation et de recherche (UFR de médecine)

Le premier numerus clausus pour les études médicales, arrêté en octobre 1971⁵ en application d'une loi votée quelques semaines plus tôt à 8588 le "nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leurs formation clinique et pratique dans les services hospitaliers" pour l'année universitaire 1974-1975. L'objectif affiché était celui d'une adaptation du nombre d'étudiants aux capacités d'accueil hospitalières, même si cette démarche répondait surtout au souci d'optimiser la couverture des besoins de santé de la population dans un contexte de ressources rares, selon une problématique apparue dans les années 70 après une période de très forte croissance du nombre de professionnels de santé et, concomitamment, des dépenses d'Assurance maladie⁶.

Le numerus clausus désigne donc le nombre de places disponibles en deuxième année pour les étudiants français ou européens (Union Européenne, Espace économique Européen, Andorre et Suisse) inscrits en PACES. Il est fixé annuellement par arrêté conjoint du ministère chargé de la Santé et du ministère chargé de l'Enseignement supérieur. Après avoir fortement baissé en médecine jusque dans les années 1990 (entre 3500 et 3800 par

⁵ Arrêté du 21 octobre 1971

⁶ ONDPS, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé Rapport 2013-2014. La régulation démographique des professionnels de santé par les flux d'étudiants. Le numerus clausus des trois professions médicales et des pharmaciens. P11.

an de 1992 à 1998), le numerus clausus a été augmenté progressivement depuis le début des années 2000 avec une hausse de +86% entre 2000-2001 et 2015-2016.

Pour l'année universitaire 2015-2016, il a ainsi été fixé à 7646⁷ en médecine (*graphique n°3*). Pour l'année universitaire 2016-2017, le ministère de la santé l'a augmenté 478 places (8124⁸ places au total), priorisant certaines facultés. Ce redressement a reflété la volonté de rééquilibrer la démographie de ces praticiens dans la perspective de nombreux départs pour ceux issus des promotions des années 1965 à 1970.

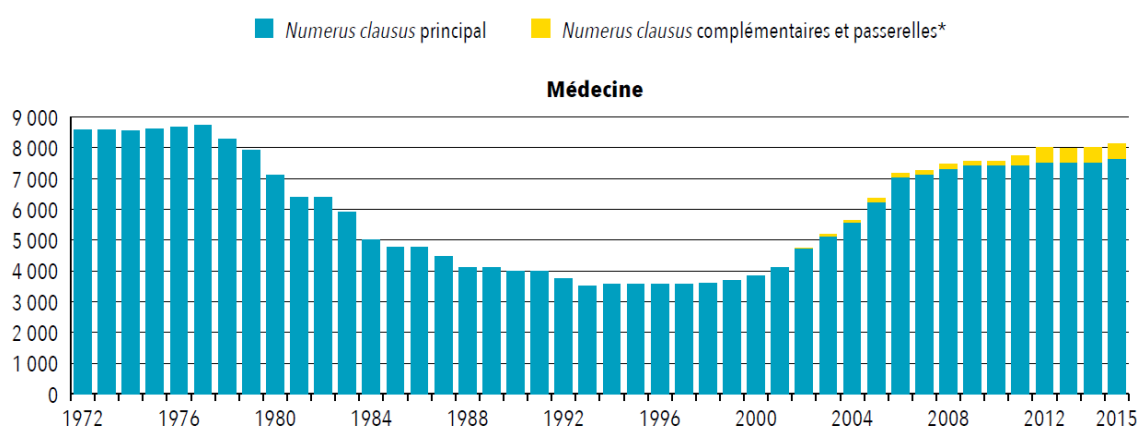
Le taux de réussite du numerus clausus est en moyenne de 13% en médecine et le taux global d'admis en deuxième année est en moyenne de 22%⁹.

⁷ Arrêté du 21 décembre 2015 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2015-2016 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2016-2017 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

⁸ Arrêté du 10 janvier 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2016-2017 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2017-2018 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

⁹ Les voies d'Accès au plein exercice, éléments juridiques et démographiques à l'appui au rapport, académie de médecine, commission financement et assurance maladie, Pr Dominique Bertrand.

Graphique n°3 : l'évolution des quotas du numerus clausus entre 1972 et 2015



Source : DREES – Les Evolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé

1.2.1.3. Diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM)

La 2ème année DFGSM-2 comporte également des enseignements théoriques dispensés sous forme de cours magistraux (CM), d'enseignements dirigés (ED) et de travaux pratiques (TP).

Avant leur entrée en DFGSM-2, les étudiants doivent valider quatre semaines de stage d'initiation aux soins infirmiers. Pour effectuer ces stages, il est demandé de justifier des vaccinations contre l'hépatite B et le DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite).

Des renseignements complémentaires sont fournis en temps utile aux étudiants concernés.

Au cours de la 3ème année - DFGSM-3, les étudiants poursuivent l'acquisition des connaissances scientifiques et cliniques de base intégrant les sciences fondamentales, la sémiologie, les sciences humaines et les notions fondamentales en médecine.

1.2.2. Les passerelles d'entrée dans les études médicales

Il existe différentes passerelles qui permettent d'accéder aux études de médecine par d'autres voies que la voie classique, directement en deuxième et troisième année, ce qui permet une diversité de l'origine des parcours, et permet aux candidats d'éviter l'étape de la PACES, sachant que les études médicales sont longues, et que les candidats ont déjà effectué au minimum 5 ans dans une autre filière (ex : un diplôme national de master 2).

1.2.2.1. Passerelle : admission directe en 2ème année des études de médecine

Passerelle P2 « Classique » et « Droit au remord »

(Arrêté du 26 Juillet 2010 modifié par l'arrêté du 3 Janvier 2012)

Cette passerelle permet de s'inscrire en deuxième année des études de médecine

Définition :

- **Pour la P2 « Classique » :**

Les candidats doivent, au plus tard au 1er octobre de l'année considérée être titulaires de l'un des diplômes suivants :

- Diplôme national de master (Master 2) ;
- Diplôme d'études approfondies (DEA) ;
- Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) ;
- Diplôme des écoles de commerce conférant le grade de master ;
- Diplôme des instituts d'études politiques conférant le grade de master ;
- Tous les titres d'ingénieurs de grandes écoles ;
- Les diplômes des Ecoles Normales Supérieures ;
- Titre correspondant à la validation de 300 crédits européens, obtenu dans un autre Etat de l'Union européenne ou Etat partie à l'accord sur l'Espace économique

européen ou dans la Confédération Suisse ou dans la Principauté d'Andorre, répondant aux conditions posées par l'article 5 du décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur ;

● **Pour la P2 « Droit au remord » :**

- En vue d'une admission dans une filière différente de leur filière d'origine, justifier de la validation de deux années d'études ou de 120 crédits européens dans un cursus médical, odontologique, pharmaceutique ou de sage-femme au-delà de la première année, mais en tenant compte du rang de classement d'origine.

Objectif :

- Permettre à des étudiants d'autres filières d'accéder aux études médicales en deuxième année.
- Permettre à des étudiants regrettant leur choix de se réorienter dans une filière différente (c'est plus une hypothèse qu'une réalité).

Les modalités d'inscription sont précisées dans les arrêtés.

Modalités d'admissions :

Le Jury examine les candidatures, et retient un nombre de candidats pouvant être limité au maximum au double du nombre de places fixé pour chaque filière chaque année par arrêté.

Les candidats admissibles sont alors convoqués pour un entretien avec le jury. A la suite de ces entretiens, le jury établit une liste des admis (nombre maximal fixé par arrêté).

Tableau n°1 : nombre de places fixe par arrêté pour l'admission directe en 2^{ème} année

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de places	87	215	238	260	258	258

¹⁰
Source : Textes réglementaires

Tableau n°2 : nombre de places fixe par arrêté pour l'admission en 2^{ème} année – Droit au remords

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de places	40	40	20	14	14	14

¹¹
Source : Textes réglementaires

1.2.2.2. Passerelle d'admission directe en troisième année

(Arrêté du 26 Juillet 2010 modifié par l'arrêté du Janvier 2012)

La passerelle d'admission en troisième année permet aux doctorants de s'inscrire en troisième année des études médicales. Cela permet une diversité d'origine des parcours des étudiants, apportant une richesse, une expérience différente au sein des promotions.

¹⁰ Arrêté fixant le nombre de places offertes pour l'année universitaire pour l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme (Année 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)

¹¹ Arrêté fixant le nombre de places offertes pour l'année universitaire pour l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques ou de sage-femme aux étudiants qui souhaitent exercer leur droit au remords (Année 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)

La motivation des étudiants est très importante compte tenu du nombre d'année d'études déjà effectués avant l'admission. L'admissibilité se fait par une sélection sur dossier, l'admission après un entretien oral avec le jury.

1.2.2.2.1. Définition :

Elle permet l'accès à la 3ème année des études de Médecine pour les titulaires d'un :

- doctorat
- diplôme d'état de docteur : en médecine, pharmacie, chirurgie dentaire ou vétérinaire
- diplôme d'état de sage-femme
- titre d'ingénieur diplômé

Ou pour les :

- anciens élèves de l'une des écoles normales supérieures
- enseignants-chercheurs de l'enseignement supérieur exerçant leur activité d'enseignement en UFR de médecine, pharmacie ou d'odontologie
- tous les diplômes français comportant physiologie, science du vivant, vétérinaire...

1.2.2.2.2. Objectif :

Permettre à des étudiants d'autres filières d'accéder aux études médicales directement en troisième année.

1.2.2.2.3. Modalités d'inscriptions :

La procédure est la même que pour une admission en P2 mise à part dans les cas particuliers suivants où des documents additionnels sont requis :

- Pour les enseignants-chercheurs, copie de l'arrêté de nomination ;
- Pour les élèves et anciens élèves des écoles normales supérieures, un document attestant de leur réussite à un concours d'admission dans l'une de ces écoles ;
- Liste des titres et travaux scientifiques, avec éventuellement les tirés à part des travaux les plus significatifs ;

1.2.2.2.4. Modalités d'admissions :

Le jury examine les candidatures, et retient un nombre de candidats limité au double du nombre de places fixé pour chaque filière chaque année par arrêté.

Les candidats admissibles sont alors convoqués pour un entretien avec le jury.

A la suite de ces entretiens, le jury établit une liste des admis (nombre max fixé par arrêté).

Tableau n°3 : nombre de places fixe par arrêté pour l'admission en 3^{ème} année

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de places	115	165	188	174	171	171

Source : Textes réglementaires¹²

¹²

Arrêté fixant le nombre de places offertes pour l'année universitaire pour l'admission en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme (Année 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)

Tableau n°4 : évolution des passerelles de 2011 à 2016

Année							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Type Passerelle							
P2 "classique"	87	215	238	260	258	258	1316
PS "droit au remord"	40	40	20	14	14	14	142
P3	115	165	188	174	171	171	984
Total	242	420	446	448	443	443	2442
Passerelle expérimentale (places duites du numerus clausus total)					55	154	209

Source : la démographie médicale : Comment accède-t-on au « plein exercice » en France, Fatma SEN, Dominique BERTRAND, Pages 65.

1.2.2.3. Passerelle expérimentale (à partir de 2015)

(Arrêté du 20 février 2014)

La passerelle expérimentale est mise en place progressivement dans les différentes universités concernées.

Procédure d'admission :

Le candidat doit déposer un dossier qui sera examiné par le jury. Il y a alors une première sélection qui présente la liste des admissibles. Un entretien est réalisé pour évaluer la qualité du projet professionnel et la motivation du candidat. C'est alors qu'un classement des candidats admis est établi.

Il y a 9 universités pilotes où seront mis en place les passerelles expérimentales :

- L'université d'Angers ;
- L'université Clermont-Ferrand-I ;
- L'université Paris-V ;
- L'université Paris VII ;
- L'université Paris XIII ;
- L'université de Poitiers ;
- L'université de Rouen ;
- L'université de Saint-Etienne ;
- L'université de Strasbourg ;
- L'université de Tours.

Chaque université participant à l'expérimentation choisit l'organisation qu'elle souhaite.

Les premiers jurys d'admission directe se tiendront :

- A compter de l'année universitaire 2014-2015, pour les universités Paris V, Paris VII, Paris XIII et l'université de Saint-Etienne ;
- A compter de l'année universitaire 2015-2016, pour les universités de Poitiers, de Rouen, de Strasbourg et de Tours ;

- A compter de l'année universitaire 2016-2017, pour l'université d'Angers et l'université Clermont-Ferrand-I.

Tableau n°5 : nombre de places pour la passerelle expérimentale

Année 2015-2016	
Université	Nombre de places
Paris V	18
Paris VII	16
Paris XIII	14
Saint-Etienne	7
Total	55

Année 2016-2017	
Université	Nombre de places
Paris V	21
Paris VII	33
Paris XIII	28
Poitiers	10
Rouen	14
Saint-Etienne	7
Strasbourg	15
Tours	26
Total	154

Source : Textes réglementaires¹³

¹³ Arrêté du 29 décembre 2014 et 21 décembre 2015 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2014-2015, 2015-2016 et le nombre d'étudiants

Ces places sont déduites du numerus clausus total. Si toutes les places ne sont pas pourvues, elles sont reportées au bénéfice de la voie classique.

pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2015-2016, 2016-2017 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

1.2.3. Deuxième cycle : Le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

Le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) remplace le diplôme de fin de deuxième cycle des études médicales (DCEM2 - DCEM3 - DCEM4)

Le DFASM dure 3 ans (DFASM 1 - DFASM 2 - DFASM 3) et correspond éventuellement à l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique.

Au cours de ces trois années, la formation théorique est complétée par une formation pratique en milieu hospitalier, c'est-à-dire habituellement un stage à l'hôpital le matin.

Le texte officiel cadrant le nouveau diplôme de fin de deuxième cycle est l'arrêté du 8 Avril 2013¹⁴.

Les étudiants s'appellent « étudiants hospitaliers » et ils sont payés.

L'enseignement dans les années de DFASM se déroule sur le site universitaire pour la partie théorique.

DFASM 1 :

Les étudiants doivent suivre des enseignements théoriques et optionnels obligatoires ainsi qu'une formation pratique (stages et gardes).

DFASM 2 :

Les étudiants doivent suivre des enseignements théoriques et optionnels obligatoires ainsi qu'une formation pratique (stages et gardes).

¹⁴ Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.

DFASM 3 :

Les étudiants doivent suivre des enseignements théoriques et optionnels obligatoires ainsi qu'une formation pratique (stages et gardes).

1.2.4. Accès aux Epreuves Classantes Nationales et Troisième cycle des études médicales

1.2.4.1. Aspect juridique

L'accès au troisième cycle des études médicales en France, est réglementé par des dispositions de l'article R.632-1 du code de l'éducation, lequel prévoit que peuvent accéder au troisième cycle des études médicales :

1° Les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales en France ;

- C'est-à-dire ayant accompli tous les stages nécessaires et le CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique).

2° Les étudiants ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Confédération helvétique ou de la Principauté d'Andorre ayant validé une formation médicale de base mentionnée à l'article 24 de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil de l'Europe du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. (Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé détermine les conditions dans lesquelles sont appréciées ces équivalences).

1.2.4.2. Épreuves Classantes Nationales

Les épreuves classantes nationales dites ECN sont des épreuves destinées à l'entrée dans le 3ème cycle des études médicales.

1.2.4.2.1. Epreuves classantes nationales informatisées

Conformément à l'arrêté du 20 juillet 2015 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales, les ECN sont complètement informatisées (ECNi), de l'inscription à la correction, à partir de l'année scolaire 2015-2016.

Les épreuves se déroulent sur des tablettes labellisées par le Centre National de Gestion (CNG).

Au terme du concours et en fonction de son classement, l'interne pourra choisir le centre hospitalier universitaire dans lequel il effectuera son internat, sa discipline et sa spécialité. Cette procédure permet à l'étudiant de choisir son poste en ayant pleinement connaissance des places disponibles. Aucune limite dans les notes n'est demandée mais lors du choix, le rang de classement permet de choisir parmi les places restantes (ex : une note de 0,1/20 permet un choix, habituellement en Médecine Générale)

1.2.4.2.2. Accès aux ECNi pour les étudiants étrangers

Dans l'un des deux cas ci-dessous, les étudiants sont permis d'accéder au ECNi en France

a. Nationalité de l'UE, cursus de médecine dans l'UE

Les étudiants en médecine dans un pays de l'UE peuvent accéder aux ECNi à condition que la formation médicale de base du pays d'origine soit mentionnée à l'article 24 de la directive européenne 2005/36/CE consolidée.

b. Nationalité hors UE, cursus de médecine en France

Concernant les étudiants de nationalité hors UE, leur accès aux ECNi est autorisé à condition qu'ils aient achevé leurs études en médecine avant le 3ème cycle en France ou dans un pays d'UE. Dans ce cas-là, ils sont dispensés de la condition de nationalité.

1.2.5. 3^{ème} cycle des études médicales

Tous les étudiants ayant réussi les ECNi peuvent accéder au 3^{ème} cycle des études médicales. Les ECNi sont considérés comme un concours de classement et les lauréats choisissent les spécialités selon leur classement.

1.2.5.1. Réforme du troisième cycle des études médicales : l'ancienne liste des disciplines, des spécialités et la nouvelle liste des diplômes d'études spécialisées en médecine

1.2.5.1.1. Ancienne liste des disciplines et des spécialités

Les ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé fixent la liste des disciplines et spécialités de troisième cycle des études médicales jusqu'à l'année scolaire 2016-2017. Cette dernière évolue en fonction des besoins sanitaires de la population d'une part et des progrès de la recherche de l'autre.

Une discipline se décompose toujours en une ou plusieurs spécialités. Chaque spécialité correspond à un diplôme d'études spécialisées ou à un diplôme d'études spécialisées complémentaires.

Le formule des disciplines et des spécialités jusqu'en 2016-2017

Diplômes d'études spécialisées¹⁵

La liste des diplômes d'études spécialisées qui peuvent être acquis dans le cadre du troisième cycle des études médicales est, pour chaque discipline, fixée comme suit :

« Spécialités médicales »

*Anatomie et cytologie pathologiques.
Cardiologie et maladies vasculaires.
Dermatologie et vénéréologie.
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques.
Gastro-entérologie et hépatologie.
Génétique médicale.
Hématologie.
Médecine interne.
Médecine nucléaire.
Médecine physique et de réadaptation.
Néphrologie.
Neurologie.
Oncologie.
Pneumologie.
Radiodiagnostic et imagerie médicale.
Rhumatologie.*

« Spécialités chirurgicales »

*Chirurgie générale.
Neurochirurgie.
Ophtalmologie.
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.
Stomatologie.*

¹⁵

L'article 1 du chapitre 1er : Liste des diplômes d'études spécialisées de médecine, Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

« Anesthésie-réanimation »
Anesthésie-réanimation.

« Biologie médicale »
Biologie médicale.

« Gynécologie médicale »
Gynécologie médicale.

« Gynécologie-obstétrique »
Gynécologie-obstétrique.

« Médecine générale »
Médecine générale.

« Médecine du travail »
Médecine du travail.

« Pédiatrie »
Pédiatrie.

« Psychiatrie »
Psychiatrie.

« Santé publique »
Santé publique et médecine sociale.

« Spécialité chirurgie orale »
Chirurgie orale. »

Diplômes d'études spécialisées complémentaires¹⁶

La liste des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine qui peuvent être acquis dans le cadre du troisième cycle des études médicales est fixée en fonction de leur groupe d'appartenance comme suit :

Groupe I

(Ces sont des spécialités non qualifiantes.)

La spécialité acquise au départ, c'est le DES que l'étudiant concerne)

Addictologie.

Allergologie et immunologie clinique.

Andrologie.

Cancérologie.

Dermatopathologie.

Fœtopathologie.

Hémobiologie-transfusion.

Médecine de la douleur et médecine palliative

Médecine de la reproduction.

Médecine légale et expertises médicales.

Médecine du sport.

Médecine d'urgence.

Médecine vasculaire.

Néonatalogie.

Neuropathologie.

Nutrition.

Orthopédie dento-maxillo-faciale.

Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique.

Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

¹⁶

Chapitre 1er : Liste des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine, Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.

Groupe II

(Ces sont des spécialités qualifiantes.

La spécialité listée est une nouvelle spécialité en plus du DES acquis. Les DESC II ne sont habituellement que pour les spécialités chirurgicales)

Chirurgie infantile.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.

Chirurgie de la face et du cou.

Chirurgie orthopédique et traumatologie.

Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.

Chirurgie urologique.

Chirurgie vasculaire.

Chirurgie viscérale et digestive.

Gériatrie.

Réanimation médicale.

Les diplômes du groupe II ouvrent droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme.

1.2.5.1.2. La nouvelle liste des diplômes d'études spécialisées en médecine à partir du concours ECNi 2017

L'arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine dresse la nouvelle liste des diplômes d'études spécialisées (DES) ouvrant droit à la qualification de spécialiste, dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales.

Cette réforme s'applique à compter de l'année universitaire 2017-2018 aux étudiants de première année, conformément à ce qu'avaient annoncé fin août les ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur.

L'arrêté énumère 35 DES et 8 'co-DES', dont les premiers semestres de formation sont communs mais donnent lieu à la délivrance d'un diplôme distinct.

Les changements par rapport à l'ancienne formule des disciplines et des spécialités :

- Création des co-DES :

(Chirurgie orale/Chirurgie maxillo-faciale ; Anesthésie réanimation/Médecine intensive-réanimation ; Médecine cardiovasculaire/Médecine vasculaire ; Médecine interne/Maladies infectieuses et tropicales)

- C'est un DES unique et qualifiant dans l'une des deux spécialités du co-DES.
- Les premiers semestres de formation sont communs mais donnent lieu à la délivrance d'un diplôme distinct.

- Création des nouvelles spécialités :

- DES de Médecine vasculaire (co-DES avec la Médecine cardiovasculaire)
- DES de Maladies infectieuses et tropicales (co-DES avec la Médecine interne)
- DES de Médecine légale et expertises médicales
- DES de médecine d'urgence

- Disparition des DESC et du DESC II
 - DES de chirurgie Générale
 - DES de Stomatologie
 - DESC II Chirurgie de la Face et du Cou
- Modification des intitulés

Tableau n°6 : modification des intitulés des nouvelles spécialités

Nouvel intitulé	Ancien intitulé
Chirurgie maxillo-faciale	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chirurgie pédiatrique	Chirurgie infantile
Endocrinologie-diabétologie-nutrition	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Hépto-gastro-entérologie	Gastro-entérologie et hépatologie
Médecine cardiovasculaire	Cardiologie et maladies vasculaires
Médecine intensive-réanimation	Réanimation
Radiologie et imagerie médicale	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Santé publique	Santé publique et médecine sociale
Urologie	Chirurgie urologique

SOURCE : Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine (DES) : Nouvelles Spécialités, P8, Pr Georges LEONETTI, Conseil National de l'Ordre des Médecins

- Rajout des « Options » :
 - « Option » est un exercice particulier au sein de la spécialité
 - Deux « Option » existent :
 1. Option précoce : pour cette Option, il n'existe pas de prolongation de durée du DES, l'étudiant peut faire le choix en fin de phase socle (3 semestres).
 - ◆ Ex : Oncologie : option oncologie médicale, radiothérapie
 2. Option tardive : l'étudiant peut choisir en cours de la phase d'approfondissement. Il existe une prolongation d'1 an de la durée du DES.

- ◆ Ex : Cardiologie : cardiologie interventionnelle, rythmologie et cardiologie pédiatrique
 - ◆ Ex : Psychiatrie : pédo-psy, psy-medico-légale
- Formations Spécialisées Transversales (FST)
- Les FST remplacent DESC du Groupe I ou certains DIU (Diplômes Interuniversitaires), elles sont aussi intégrées aux DES.
 - Les FST sont partagées par plusieurs DES, parce que les connaissances sont indispensables.
 - Les FST pourront prolonger la durée du DES

La nouvelle liste à partir de l'année 2017-2018¹⁷

La liste des diplômes d'études spécialisées qui peuvent être acquis dans le cadre du troisième cycle des études de médecine est fixée comme suit :

1. Diplômes d'études spécialisées des disciplines chirurgicales :

Chirurgie orale/chirurgie maxillo-faciale (co-DES) ;
 Chirurgie orthopédique et traumatologique ;
 Chirurgie pédiatrique ;
 Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ;
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire ;
 Chirurgie vasculaire ;
 Chirurgie viscérale et digestive ;
 Gynécologie obstétrique ;
 Neurochirurgie ;
 Ophtalmologie ;
 Oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale ;
 Urologie.

¹⁷

L'article 4 de l'Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine

2. Diplômes d'études spécialisées des disciplines médicales :

Anatomie et cytologie pathologiques ;

Anesthésie-réanimation/médecine intensive-réanimation (co-DES) ;

Dermatologie et vénéréologie ;

Endocrinologie-diabétologie-nutrition ;

Génétique médicale ;

Gériatrie ;

Gynécologie médicale ;

Hématologie ;

Hépto-gastro-entérologie ;

Médecine cardiovasculaire/médecine vasculaire (co-DES) ;

Médecine générale ;

Médecine interne/maladies infectieuses et tropicales (co-DES) ;

Médecine légale et expertises médicales ;

Médecine nucléaire ;

Médecine physique et de réadaptation ;

Médecine du travail ;

Médecine d'urgence ;

Néphrologie ;

Neurologie ;

Oncologie ;

Pédiatrie ;

Pneumologie ;

Psychiatrie ;

Radiologie et imagerie médicale ;

Rhumatologie ;

Santé publique.

3. Diplôme d'études spécialisées des disciplines biologiques :

Biologie médicale.

1.2.5.2. *La thèse de médecine, le serment d'Hippocrate et l'inscription à l'Ordre des médecins :*

La thèse de médecine demeure une étape obligatoire durant le troisième cycle. C'est elle qui permet d'exercer de plein droit la médecine sur le territoire français et de devenir notamment médecin hospitalier. La thèse porte sur un sujet choisi de préférence dans le domaine ou le champ de compétences de l'impétrant. Au terme du travail de recherche et de sa rédaction, la thèse doit être soumise à un jury et satisfaire à l'ensemble des exigences inhérentes au troisième cycle. La réussite à cette épreuve vient sanctionner la possibilité pour l'étudiant de porter désormais le titre de docteur en médecine, avec la mention de spécialités.

Les diplômes de spécialiste sont délivrés par l'Université, conformément aux dispositions de l'article R.632-23 du code de l'éducation qui prévoit que « Le diplôme d'Etat de docteur en médecine ne peut être délivré qu'aux candidats ayant à la fois soutenu avec succès leur thèse et obtenu le diplôme d'études spécialisées mentionné à l'article R. 632-24, délivré par les universités habilitées à cet effet ».

Le serment d'Hippocrate et l'inscription à l'Ordre des médecins sont deux étapes obligatoires avant de commencer à exercer.

Serment d'Hippocrate :

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les

mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

1.2.6. Accès au 3ème cycle pour les étudiants de médecine ni ayant la nationalité française et ni ayant suivi les études médicales en France

1.2.6.1. Concours à titre européen :

L'article R632-53 à R632-55 prévoit, au sein du code l'éducation, qu' « un concours national spécial à titre européen est organisé chaque année donnant accès aux formations du troisième cycle pour les médecins français ou ressortissants des autres États membres de l'Union européenne, des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Confédération helvétique ou de la Principauté d'Andorre ».

L'arrêté du 27 février 2004 encadre les questions inhérentes à l'organisation, à l'inscription, au programme, au déroulement, à la nature, à la pondération et à la procédure d'affectation du concours spécial d'internat de médecine à titre européen.

Au mois de février, la liste des postes ouverts au concours est arrêtée. La date limite de candidature est ainsi fixée à la fin du mois de mars (3 postes de médecine du travail pour 2016 à titre d'exemple).

En 2016, les personnes retenues au concours sont admises à l'internat dans la (les) spécialité(s) ouverte(s).

1.2.6.2. Concours à titre étranger :

Tous les médecins ne sont cependant pas en mesure de répondre aux conditions évoquées. Pour ces derniers, l'article R.632-56 du code de l'éducation stipule qu' « un concours national d'internat en médecine est organisé chaque année, par discipline, à titre étranger. Ce concours est ouvert aux candidats étrangers autres que les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne, des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Confédération helvétique ou de la Principauté d'Andorre et titulaires d'un diplôme de médecin leur permettant d'exercer dans le pays d'origine ou le pays de délivrance.

Toutefois, ne sont pas autorisés à s'inscrire à ce concours les titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation délivré par la France ou d'un titre équivalent délivré par un autre Etat membre de l'Union européenne, la Principauté d'Andorre, un autre Etat partie à l'Espace économique européen ou la Confédération helvétique. »

L'internat peut être ouvert sur concours aux docteurs en médecine non ressortissants de l'UE). La réussite de ce dernier permet d'obtenir le DES après un internat de 4 ans (disciplines médicales) ou de 5 ans (en ce qui concerne la chirurgie). Ce concours porte essentiellement sur les spécialités médicales, telles que l'anesthésie-réanimation, la biologie médicale, la gynécologie-obstétrique, la santé publique, la psychiatrie et la chirurgie. Au cours de l'année 2016, deux postes d'internes ont été ouverts dans ce cadre (aucun en chirurgie cependant). La liste des postes offerts au concours est à nouveau connue au cours du mois de février et la date limite de candidature est fixée à la fin du mois de mars.

Pour l'année 2016, 2 postes étaient ouverts, 1 en cardiologie et l'autre en médecine du travail.

L'admissibilité se fait sur un examen général dans les ambassades, et l'admission se fait parmi les admissibles. En 2016, 2 postes étaient ouverts pour 4 candidats admissibles sur des épreuves de spécialité.

Par exemple, en 2016, 4 candidats ont été retenus mais tous ont choisi la cardiologie, le poste de médecine du travail n'a pas été pourvu et seul le poste de cardiologie aura été mis au concours (par l'admission, 1 sur 4 candidats).

2. Reconnaissance automatique et régime général

2.1. Aspect juridique de Reconnaissance automatique

La Reconnaissance automatique est la deuxième voie pour obtenir le plein exercice de médecine en France.

Les médecins ressortissants de l'Union européenne peuvent obtenir la reconnaissance de leur formation et leur expérience professionnelle, soit par une reconnaissance automatique, soit par un régime spécial que l'on nomme le « régime général européen » comprenant deux cas particuliers (les procédures HOCSMAN¹⁸ et DREESSEN¹⁹) auxquels est ajouté un autre cas particulier depuis la loi du 26 janvier 2016.

L'article L. 4131-1 du code de la santé publique prévoit que les titres de formation exigés en application du 1° de l'article L. 4111-1 sont pour l'exercice de la profession de médecin :

« 1° Soit le diplôme français d'Etat de docteur en médecine ;

Lorsque ce diplôme a été obtenu dans les conditions définies à l'article L. 632-4 du code de l'éducation, il est complété par le document mentionné au deuxième alinéa dudit article.

¹⁸ Cour de justice des Communautés européennes, 14 septembre 2000, Hocsman, aff. C-238/98.

¹⁹ Cour de justice des Communautés européennes, 3^e ch., 22 janvier 2002, aff. C-31/00, ayant pour objet une demande adressée à la Cour, en application de l'article 234 CE, par la Cour de cassation (Belgique) et tendant à obtenir, dans le litige pendant devant cette juridiction entre le Conseil national de l'Ordre des architectes et Nicolas Dreessen.

2° Soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen :

Les titres de formation de médecin délivrés par l'un de ces Etats conformément aux obligations communautaires et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ; ... »

L'exercice de la profession de médecin en France nécessite trois conditions cumulatives : la nationalité, le diplôme, et l'inscription au tableau du Conseil de l'Ordre des médecins.

Nous trouvons ci-joint (tableau n°7), un tableau cité de deux conditions croisées : la nationalité et le diplôme, pour l'exercice en France.

Tableau N°7 : conditions pour l'exercice en France

Diplôme \ Nationalité	UE	UE non conforme 2005/36/CE	Hors UE et reconnaissance UE	Hors UE et reconnaissance UE mais non conforme 2005/36/CE	Hors UE
UE	Reconnaissance automatique	Régime général (DRESSEN)	Régime général (HOCSMAN)	PAE	PAE
Conjoint(e) UE	Reconnaissance automatique	Régime général (DRESSEN)	Régime général (HOCSMAN)	PAE	PAE
Hors UE	1-bis	PAE	PAE	PAE	PAE

Source : Pr Dominique BERTRAND, centre national de gestion

2.1.1. La reconnaissance automatique

La reconnaissance automatique est possible à condition que le médecin soit un ressortissant européen et qu'il possède un diplôme de l'Union européenne qui soit conforme à la directive européenne 2005/36/CE consolidée (modification par la directive européenne 2013/55/CE) et transposée dans le droit français. Dans ce cas-là seulement, le diplôme est reconnu et l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins est possible après que le candidat ait soumis l'attestation du diplôme en médecine (demandée auprès de l'Ordre des médecins ou du ministère de la santé du pays d'origine) et déposé une demande auprès d'un Conseil départemental de l'Ordre des médecins dans le ressort duquel il choisit d'exercer.

2.1.1.1. La directive 2005/36/CE consolidée du Parlement européen

La directive 2005/36/CE consolidée du Parlement européen, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (Journal officiel du 31 mai 2008) s'avère être le texte qui encadre la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles des médecins.

Cette réglementation concerne les 28 États membres de l'Union européenne plus la Norvège, l'Islande, le Liechtenstein et la Suisse, se trouve être fondée sur le principe de la "reconnaissance mutuelle" en vertu duquel un État membre qui subordonne l'accès à une profession réglementée, ou son exercice, à la possession de qualifications professionnelles reconnaît, pour l'accès à cette profession ou son exercice, les qualifications professionnelles acquises dans un autre État de l'Union européenne.

Conformément à cette directive, les titres de formation médicale de base qui sanctionnent les six premières années d'études médicales et de médecin spécialiste, obtenus dans un état membre, visés respectivement à l'annexe V aux points 5.1.1, 5.1.2, 5.1.3 et 5.1.4 pour la médecine générale, ouvrent droit à la reconnaissance des qualifications dans l'état membre d'accueil.

Cas particulier : si les diplômes ont été obtenus ou commencés avant les dates référencées dans les annexes, ils ne sont pas reconnus automatiquement sauf droits acquis précédemment cités.

2.1.1.2. Les spécialités communes

Depuis 2005, 19 spécialités (*tableau n°8*) sur 54 spécialités citées dans l'annexe sont communes aux Etats membres et bénéficient de la reconnaissance automatique du diplôme (annexe V de la directive européenne 2005/36/CE).

Tableau n°8 : 19 spécialités communes

19 spécialités communes : Reconnaissance automatique dans les Etats membres	
<ul style="list-style-type: none">● Anatomie pathologique● Anesthésiologie● Chirurgie générale● Chirurgie esthétique● Gynécologie et obstétrique● Qualification en médecine générale	<ul style="list-style-type: none">● Médecine interne● Neurochirurgie● Neurologie● Ophtalmologie● Orthopédie● Oto-rhino-laryngologie● Pédiatrie● Pneumologie● Psychiatrie● Radiodiagnostic● Radiothérapie● Urologie

Source : « Les voies d'accès au plein exercice en France pour les médecins à diplômes européens ou assimilés », les cahiers de la fonction publique, numéro 367, pages 62

2.1.2. La procédure du « régime général européen »

C'est une procédure spécifique pour les ressortissants communautaires européens.

Elle a été transcrite de la directive européenne 2005/36/CE intégrant deux jurisprudences de la cour de Justice des communautés européennes HOSCMAN et DREESSEN, par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales (la France a transposé les dispositions des articles 10 et 16 de la Directive 2005/36/CE consolidée, qui s'appliquent aux médecins qui ne remplissent pas les conditions de reconnaissance automatique).

2.1.2.1. La jurisprudence HOSCMAN

Pour les personnes de nationalité communautaire titulaires d'un diplôme délivré par un Etat hors Union européenne mais reconnu par un Etat membre de l'Union européenne, ils peuvent demander la dérogation d'exercice en profitant de la jurisprudence HOSCMAN (M. HOSCMAN avait obtenu son diplôme de base en Argentine et avait acquis sa spécialité en urologie en Espagne. Il était de nationalité européenne et exerçait en Espagne. M. HOSCMAN avait obtenu la reconnaissance de son diplôme et l'autorisation de plein exercice par ce pays et il souhaitait exercer en France).

(Le dispositif issu de la jurisprudence a été introduit en droit français dès 2004 par l'Ordonnance n°2004-1174 du 4 novembre 2004 et le décret n°2005-976 du 10 août 2005).

2.1.2.2. La jurisprudence DREESSEN

Pour les personnes de nationalité communautaire titulaires d'un diplôme délivré par un Etat membre de l'Union européenne, non conforme aux directives européennes, ils ont

le droit de demander l'autorisation d'exercice dérogatoire en profitant de la jurisprudence DRESSEN.

La reconnaissance des diplômes communautaires s'effectue :

- Par la reconnaissance automatique d'un titre sanctionnant une formation ayant fait l'objet d'une harmonisation au sein de l'Union européenne (diplômes dits conformes à la directive européenne dont l'annexe précise les titres de spécialité pour les médecins).²⁰

- Sur la base des droits acquis : exigence d'un exercice professionnel de 3 ans dans les 5 dernières années.

Dans les cas spécifiques et exceptionnels où la demande de reconnaissance faite par un ressortissant communautaire ne peut aboutir, il convient d'appliquer les mécanismes de reconnaissance du Régime Général en Jurisprudence DRESSEN.

Cette procédure a été introduite dans le Code de la santé publique par l'Ordonnance n° 2008 – 507 du 30 mai 2008 portant transposition de la Directive 2005/36/CE.

2.1.2.3. La commission du « régime général européen »

La commission du régime général européen est composée de :

²⁰

La directive 2005/36/CE du Parlement européen, modifiée, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (Journal officiel du 31 mai 2008) s'avère être le texte qui encadre la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles des médecins.

Conformément à cette directive, les titres de formation médicale de base qui sanctionnent les six premières années d'études médicales et de médecin spécialiste, obtenus dans un état membre, visés respectivement à l'annexe V aux points 5.1.1, 5.1.2, 5.1.3 et 5.1.4 pour la médecine générale, ouvrent droit à la reconnaissance des qualifications dans l'état membre d'accueil.

- Directeur de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ou son représentant, il est président de la commission
- Président de la fédération hospitalière de France ou son représentant
- Directeur général de l'enseignement supérieur ou son représentant
- Directrice générale du Centre National de Gestion ou son représentant
- 2 conseillers nationaux du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- 5 membres parmi ceux composant les commissions de qualification ordinaires

Dans les deux cas (jurisprudences HOCSMAN et DREESSEN), la commission du « régime général européen » donne un avis sur le dossier demandé du praticien européen concerné. Le ministère chargé de la santé rend sa décision, au vu de l'avis émis par la commission.

La commission est placée sous l'autorité du ministre chargé de la Santé et donne un avis au dossier demandé d'un candidat. L'avis est donné à la majorité des voix. En cas de partage égal, celle du président est prépondérante.

Quant à l'avis de la commission, soit elle reconnaît la compétence du praticien et donne un avis favorable, soit elle propose au choix du candidat des mesures compensatoires dans les domaines de la spécialité manquante.

Ces mesures compensatoires correspondent soit à un stage d'adaptation dans des conditions précises, sur des domaines de la spécialité, dont la durée ne peut excéder 3 ans accompagnés ou non de formations théoriques, soit à une épreuve d'aptitude qui est organisée par le Centre National de Gestion. Si le candidat ne réussit pas cette épreuve, il pourrait choisir de la repasser ou d'effectuer le stage d'adaptation, ou vice-versa²¹. Il n'y a pas de limitation pour passer ces mesures compensatoires.

²¹

Les voies d'accès au plein exercice en France pour les médecins à diplômes européens ou assimilés, les cahiers de la fonction publique, numéro 367, pages 63.

2.1.3. Le régime européen « 1 bis »

Il s'agit de médecins non ressortissants européens titulaires d'un diplôme européen, voulant exercer en France. Ils doivent passer par une commission pour faire reconnaître leur diplôme.

Le décret du 22 septembre 2014 R III-14 a prévu que les dossiers « 1 bis » passent devant la commission composée par le « régime général européen ».

La commission est bien celle prévue par le « régime général européen », les décisions restent comme prévu antérieurement, avis favorable, avis défavorable et sursis à statuer, avec éventuellement des recommandations, car il s'agit des médecins non ressortissants de l'Union européenne et les décisions sont semblables à la Commission d'Autorisation d'Exercice (procédure PAE).

2.1.4. Le problème de nationalité

Nous avons rencontré ici pour la première fois l'impact de la barrière de nationalité sur le droit de plein exercice de médecine en France. Il devient néanmoins un élément fondamental pour les médecins hors Union européenne à exercer en France avec (1 bis) ou sans diplôme européen (procédure PAE).

Les français, ou les ressortissants d'Union européenne sont quasiment prépondérant dans la voie d'obtention le plein d'exercice en France, c'est pour cette raison qu'un certain nombre de médecins étrangers essaient d'obtenir le droit d'exercer en France via le mariage d'un ressortissant de l'union européenne pour simplifier la procédure d'exercice en France.

2.1.5. La Régularisation des candidats « Régime général »

Selon les chiffres donnés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), en 2015, 856 de personnes ont été reçus via la procédure de « Reconnaissance automatique européenne »²². Pour ceux qui ne répondent pas aux conditions d'obtention du droit de plein exercice via la procédure de « Reconnaissance automatique européenne », la procédure de « Régime général »²³ devient pour eux une deuxième voie possible.

Selon les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins²⁴, en 2014, le nombre de candidats ayant choisi le « Régime général » a été de 190 et le nombre d'admis de 81. Le nombre total de candidats reçus au « Régime général » entre 2010-2014 est de 1027.

L'objectif de la Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) est de régulariser des Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne (PADHUE). En France, la principale raison de la régularisation vient du fait qu'on n'arrive pas à estimer le nombre de PADHUE exerçant dans les établissements de santé, avec leurs différents statuts (plein exercice titulaire ou assistant associé ou praticien associé...); autrement dit, on ne peut pas prendre de risques avec la présence de PADHUE non régularisés en France.

Au contraire, concernant les candidats du « Régime général », ils sont, soit des ressortissants d'un pays de l'union européenne, soit des PADHUE, dont le diplôme en médecine est reconnu dans un autre état membre de l'Union européenne. Cependant, aucun candidat n'est obligé de prouver son expérience d'exercice dans un établissement de santé en France; c'est pour cette raison qu'il n'y a pas de candidats « Régime général » potentiels exerçant dans un établissement de santé en France. Le risque des candidats du

²² Service Inscription, Conseil National de l'Ordre des Médecins.

²³ Jurisprudence DREESSEN et HOCSMAN : Les articles 10 à 16 de la directive 2005/36/CE modifiée.

²⁴ Etude comparative des voies de qualification des spécialités médicales, CNOM.

« Régime général », non régularisés mais exerçant dans l'établissement de santé est très faible.

3. Procédure d'Autorisation Ministérielle d'Exercice (PAE)

3.1. Les médecins étrangers sont toujours autorisés à exercer en France

La réglementation pour les médecins étrangers à l'exercice en France est un sujet toujours ambigu. Il ne s'agit pas seulement de jugements scientifiques sur la valeur des candidats mais aussi de politique.

Les médecins étrangers sont recommandés à exercer en France, pour différentes raisons de santé publique. La voix positive accueille favorablement l'installation de médecins étrangers en France, pour densifier les médecins dans certaines régions où il manque de praticiens, donc en considérant l'offre de médecins en France.

Négativement, des experts dans certaines spécialités s'inquiètent sur le niveau de médecine des médecins étrangers, et sur leur capacité à maîtriser la langue française. D'autres voix se polarisent sur l'équité entre les médecins étrangers et les médecins français, car le concours du PACES est extrêmement sélectif et certains préféreraient augmenter le numerus clausus plutôt que d'accueillir des médecins à diplôme hors UE.

En pratique, les médecins étrangers s'installent toujours en France sous les conditions réglementaires. Pour les nouveaux entrants, la réglementation juridique fonctionne déjà. Pour les médecins étrangers en cours de Procédure d'Autorisation d'Exercice, ils travaillent en statut d'assistant associé ou de praticien associé. Sur le plan juridique, pour tous les médecins étrangers en France sous régime réglementaire, ils ont le droit de travailler dans le poste actuel jusqu'à le 31 décembre 2018²⁵.

²⁵ L'article 92 de la « LOI n° 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne. »

3.1.1. Histoire de la PAE

Les professions de santé sont historiquement réglementées ; les articles réglementaires pour les médecins hors Union européenne sont présentés ci-dessous, chronologiquement.

Pour ce qui concerne les médecins, les deux textes les plus anciens sont les suivants :

- la loi du 30 novembre 1892²⁶ a limité l'exercice de la profession aux seules personnes munies d'un diplôme délivré par le Gouvernement français, sachant que celui-ci ne peut être attribué que si, au moment de sa première inscription universitaire, l'étudiant justifie être titulaire du baccalauréat français ;
- une loi de 1933, dite Raymond Armbruster, a posé une double condition : être titulaire du diplôme d'Etat 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.

Depuis le début des années 1970, plusieurs lois successives ont fixé un cadre pour l'obtention de l'exercice de la médecine en France, capacité d'exercice pleine ou restreinte, pour les professionnels titulaires d'un titre délivré hors Union européenne.

- a) La procédure instituée par la loi du 13 juillet 1972 concernait l'ensemble des médecins à diplôme non européen, hospitaliers ou libéraux. Jusqu'en 2003, elle a permis 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 est toutefois quota fixé par

²⁶ 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 , Daudigny Y.

cette commission. En d'autres termes, un médecin pouvait avoir réussi le CSCT, qui est un examen, sans avoir pu ensuite obtenir 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 28138 dossiers de candidatures aux épreuves de contrôle des connaissances. 4964 autorisations d'exercice ont été délivrées, soit une moyenne de 171 par an.

- b) 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 », 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.
- c) L'article 60 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant la 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.

En premier lieu, le champ de validité de l'autorisation d'exercice de la médecine a été étendu pour les PAC à l'ensemble des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier. Cependant, la loi prévoyait que les intéressés devaient avoir satisfait aux épreuves nationales d'aptitude organisées avant le 31 décembre 2001. La procédure des PAC a donc été mise en extinction progressive à partir de cette date.

En deuxième lieu, la loi CMU de 1999 a créé 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.

Du 18 mars 2000 au 30 mai 2005, 4291 médecins ont bénéficié de cette disposition. Ils ont obtenu la possibilité d'exercice en médecine libérale de ville, en qualité de généraliste, puis de spécialiste s'ils obtenaient la qualification délivrée par le conseil de l'Ordre des médecins. Cette catégorie de PAC s'est également vu reconnaître la possibilité de présenter le concours de praticien hospitalier (PH).

La Cour des comptes relève que la part des PAC dans le total des médecins reçus aux concours de praticiens hospitaliers a atteint des niveaux élevés avec une moyenne d'un tiers des reçus aux concours organisés de 2000 à 2002. Dans certaines disciplines connaissant des vacances de postes massives, elle a, en 2002, atteint ou dépassé les trois quarts : 75% en chirurgie (296 PAC sur 392 admis) et 77% en radiologie (91 PAC sur 117 admis).

Après avoir offert cet éventail de possibilités d'accès à un exercice restreint ou plein de la médecine aux PAC, l'article 60 de la loi CMU de 1999 a, en troisième lieu, 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. Cette mesure implique que les étudiants travaillant en qualité de FFI et suivant les formations d'AFS sur deux ans ou d'AFSA sur un an retournent effectivement 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 au Journal Officiel).

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 comprenant des représentants de l'administration et des représentants des ordres professionnels et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes.

L'organisation des commissions d'autorisation d'exercice relève du ministre de la santé, leur présidence étant assurée par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant.

Cette nouvelle procédure est aussi le modèle de base de la « Procédure d'Autorisation d'Exercice » d'aujourd'hui, plusieurs lois et décrets ont été publiés après la loi 1999, les modifications ayant affecté l'autorisation d'exercice ; mais tout est fait à base de cette version de la « Procédure »

3.1.2. Aspect juridique de la Procédure d'Autorisation d'Exercice

3.1.2.1. La procédure en vigueur en 2007 - Loi du 22 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale

L'article 83 de la loi du 22 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale a adapté la procédure relative à l'autorisation d'exercice des professions de médecin (et de pharmacien, chirurgien-dentiste et sage-femme) pour les personnes détentrices d'un diplôme extracommunautaire. Elle a introduit la disposition relative à l'examen en permettant le recrutement dans les établissements des personnes éligibles à cette procédure en l'attente de pouvoir passer les épreuves.

Les candidats qui suivent cette procédure sont inscrits par le Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), qui organise les épreuves pour les médecins dits étrangers, à partir de 2008.

La loi 2006 a également prévu des régimes dérogatoires afin d'exonérer des épreuves de vérification des connaissances (EVC) pour les professionnels qui avaient déjà, dans le cadre de la précédente procédure dérogatoire créée par la loi portant création de la CMU²⁷, satisfait à ce même type d'épreuves et qui justifiaient de fonction rémunérées dans les établissements de santé en 2005 et 2006.

Deux autres dérogations consistaient à ne pas appliquer les quotas pour certains praticiens, transformant ainsi le concours en un examen.

Cela concernait d'une part 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, et d'autre part, les praticiens qui remplissaient les deux conditions suivantes :

- Avoir exercé des fonctions rémunérées dans un établissement public de santé (EPS) ou dans un établissement de santé privé à but non lucratif (ESPIC), avant le 10 juin 2004.
- Justifier d'une période d'exercice continue de 2 mois entre le 10 juin 2004 et le 22 décembre 2004.

Concernant les « fonctions rémunérées », le décret de 2007²⁸ précise que, pour les professions de médecin, 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.

²⁷ Loi CMU : Loi n°99-641 du 27 juillet 1999

²⁸ Décret n°2007-123 du 29 janvier 2007 relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecins, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien.

Les professionnels qui remplissent ces deux dernières conditions pouvaient poursuivre leur fonction en qualité de praticien attaché associé ou d'assistant associé jusqu'à épuisement de leur droit à se présenter aux épreuves et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011.

3.1.2.2. Les trois listes : possibilités d'inscription aux épreuves de vérification des connaissances

Les épreuves se déroulent, soit sous la forme d'un concours (liste A) avec dispositions particulières pour les réfugiés et apatrides, traités à part (liste B), soit sous la forme d'un examen (liste C), disposition transitoire introduite par l'article 83 de la loi 2006-1640 du 22 décembre 2006 applicable jusqu'au 31 décembre 2011, sous réserve de remplir certaines conditions. Lors de l'inscription, les candidats sont placés sur une des trois listes : A, B ou C, selon leur situation. Les épreuves sont identiques.

3.1.2.2.1. Liste A :

Pour se présenter à la liste A, il suffit d'avoir obtenu un Doctorat en médecine permettant l'exercice dans le pays du diplôme et de choisir la spécialité dans laquelle on souhaite exercer en France.

Il s'agit d'un concours pour lequel le ministère chargé de la santé fixe chaque année la liste des spécialités ouvertes et le nombre maximum de lauréats susceptibles d'être retenus à l'issue des épreuves écrites.

Le choix des spécialités par la DGOS se fait au regard des spécialités reconnues déficitaires et des plans de santé publique.

La moitié des spécialités étaient ouvertes chaque année avant 2012. Après cette date, toutes les spécialités ont été ouvertes et le nombre de places varie chaque année.

Il ne s'agit pas réellement à ce stade d'un pilotage démographique par spécialité, mais plutôt d'une gestion des besoins déficitaires et parfois des demandes du médecin.

3.1.2.2.2. Liste B :

Pour se présenter à cette liste il est nécessaire d'avoir acquis un statut de réfugié, d'apatride, de bénéficiaire de l'asile territorial ou, pour les français expatriés, d'avoir regagné le territoire national à la demande des autorités françaises. Ils concourent dans leurs spécialités sans quota. Cette disposition est pérenne. C'est un examen, et donc, seule la moyenne est exigée pour le réussir.

3.1.2.2.3. Liste C :

La liste C est aussi un examen et les conditions d'éligibilité sont les suivantes : avoir exercé des fonctions rémunérées (aucune durée précisée) avant le 10 juin 2004 et justifier de fonctions rémunérées en France pendant une période continue de 2 mois au cours des 2 années précédant la promulgation de la loi du 21 décembre 2006 dans des établissements publics ou privés de santé participant au service public hospitalier. Les fonctions retenues doivent avoir été exercées sous certains statuts : assistant associé, attaché associé, ainsi que FFI (Faisant Fonction d'Interne) ou infirmier. Cette formule permet d'avantager les personnes exerçant en France, parfois depuis longtemps, en reconnaissant les services rendus.

Afin de mieux maîtriser les flux des praticiens éligibles à l'examen, la possibilité de se présenter à l'examen répond à un calendrier échelonné tenant compte de l'antériorité de leurs fonctions, fixé par voie réglementaire :

- les candidats en fonction avant le 27 juillet 1999 ont pu se présenter à l'examen dès 2007 ;
- les candidats en fonction avant le 1er janvier 2002, ont pu se présenter à l'examen à partir de 2008 ;
- les candidats recrutés avant le 10 juin 2004 ont pu se présenter à partir de 2009.

Jusqu'au terme de la procédure en 2011, toutes les spécialités ont été ouvertes chaque année aux candidats de la liste C.

Les candidats éligibles à l'examen peuvent, jusqu'à épuisement de leurs droits à présenter les épreuves et ce au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011, accomplir des fonctions d'assistant associé ou de praticien attaché associé dans un établissement public de santé.

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, l'article L4111-2 du code de la santé publique fixe à trois le nombre de possibilité de se présenter aux épreuves de vérification connaissances (EVC).

3.1.2.3. Le cadre général de la procédure d'autorisation d'exercice conformément à la loi 2006

La procédure d'autorisation d'exercice a été mise en place par la loi CMU du 1999.²⁹

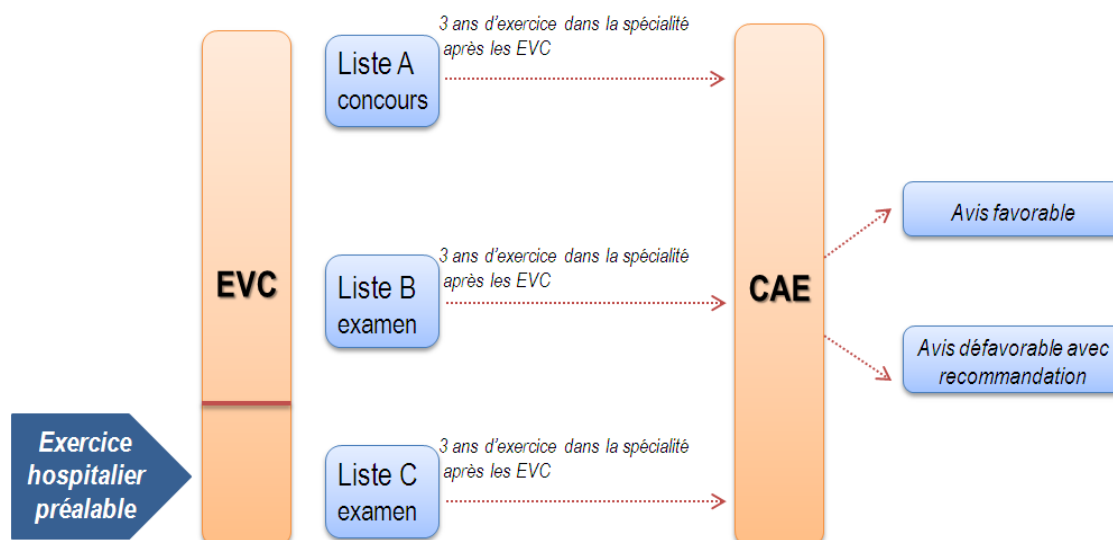
Ces dispositions législatives comprennent des dispositions pérennes et des dispositions transitoires.

Cette procédure se déroule en plusieurs phases :

- Inscription dans une des trois listes
- Epreuves de vérification des connaissances (EVC), si réussite, présentation à la PAE
- Evaluation hospitalière des pratiques professionnelles
- Avis de la commission d'autorisation d'exercice dans la spécialité sollicitée
- Décision ministérielle (Arrêté par Journal Officiel)

29

Graphique n°4 : schéma de la PAE selon la Loi de 2006.



Source : Chen X, et al. La Procédure d'autorisation d'exercice en cardiologie de 2007 à 2015. Arch Mal Cœur Vaiss Prat (2016), ([Volume 2017, Issue 255](#), Fev 2017, Pages 22–27), <http://dx.doi.org/10.1016/j.amcp.2016.12.011>

3.1.2.3.1. Inscription dans la procédure au niveau de l'ARS

L'inscription de la Procédure d'autorisation d'exercice s'effectue au siège de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du lieu de leur résidence ; elle s'effectue à l'ambassade de France si le candidat réside dans son pays d'origine.

La période d'inscription à ces épreuves est fixée du 1er au 31 mai de l'année choisie.

Chaque candidat adresse durant la période des inscriptions sa demande de candidature, par courrier recommandé avec demande d'avis de réception, à l'Agence Régionale de Santé.

L'Agence Régionale de Santé vérifie la concordance entre le type de listes et le curriculum vitae des candidats avec pièces justificatives.

Les candidats reçoivent une convocation pour les épreuves écrites de la spécialité dans laquelle ils se sont inscrits, qui se déroulent durant une même journée.

3.1.2.3.2. Les épreuves de vérification des connaissances

De 2007 à 2011, le concours liste A et les examens liste B et C comprennent deux épreuves écrites d'une durée de 2 heures chacune :

- **Epreuve de connaissances fondamentales** : coefficient 2, durée de 2h, concernant la « physiologie/sémiologie »
- **Epreuve de connaissances pratique** : coefficient 2, durée de 2h, concernant les cas cliniques

Ces deux épreuves s'accompagnent aussi d'une **Epreuve de français** : cette épreuve permettant d'apprécier le niveau de français du candidat est de coefficient 1. (Celle-ci a été remplacée en 2009 par un niveau minimum de français DELF B2, non comptabilisé dans le total des points.)

Ces trois épreuves, passées en même temps par tous les candidats des listes A, B, C, présentent la même note éliminatoire (6/10).

Le nombre maximal de candidats reçus pour chaque discipline ou spécialité est fixé chaque année par un arrêté ministériel uniquement pour la liste A (concours).

Les épreuves sont organisées par spécialité correspondant aux intitulés des DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) et des DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) de groupe II dits qualifiants.

Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, « nul ne peut être candidat plus de **trois fois** aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice ».

3.1.2.3.3. L'évaluation des pratiques professionnelles

Les lauréats médecins des épreuves de vérification des connaissances doivent accomplir trois ans de fonctions hospitalières, conformément à l'article D.4111-6 du code de la santé publique³⁰. Ces fonctions sont accomplies dans un service ou organisme agréé pour recevoir des internes, sous le statut de praticien attaché associé³¹ ou d'assistant associé³² et

³⁰

L'article D.4111-6 du code de santé publique précise que "I.- Les fonctions requises, par les dispositions du I de l'article L. 4111-2, des candidats à l'autorisation d'exercice de la profession de médecin, lauréats des épreuves de vérification des connaissances, sont accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes dans la spécialité pour laquelle les candidats sollicitent l'autorisation d'exercice, à temps plein ou à temps partiel pour une durée de trois ans en équivalent temps plein. Les candidats recrutés pour accomplir ces fonctions par un établissement public de santé le sont, au choix de l'établissement, dans les conditions définies à l'article R. 6152-542 ou à l'article R. 6152-635.

Lorsque les candidats sont recrutés pour accomplir ces fonctions dans un établissement privé ou privé d'intérêt collectif, les modalités d'exercice prévues par le contrat correspondent à celles définies aux articles R. 6152-542 ou R. 6152-635. Le recrutement peut également intervenir dans le cadre d'une convention de mise à disposition conclue avec un établissement public de santé. "

³¹

L'article R. 6152-635 du code de la santé publique prévoit que « Peuvent être recrutés comme praticiens attachés associés, sans que leur soient opposées les conditions de diplôme, de titre et de formation mentionnées au premier alinéa de l'article R. 6152-632 :

Les candidats à l'autorisation d'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien définie au I de l'article L. 4111-2 et à l'article L. 4221-12, lauréats des épreuves de vérification des connaissances, pour l'accomplissement des fonctions requises par les dispositions des mêmes articles ».

³²

L'article R.6152-538 du code de la santé publique prévoit que « Peuvent être recrutés comme assistants généralistes associés ou assistants spécialistes associés les praticiens qui, ne remplissant pas les conditions indiquées à l'article R. 6152-503, ont achevé leurs études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et qui, en outre, remplissent les conditions de

exercées sous la responsabilité d'un praticien de plein exercice chargé d'évaluer formellement les pratiques professionnelles. Les lauréats pouvant justifier, antérieurement à leur réussite aux épreuves, de fonctions exercées sous certains statuts prévus par voie réglementaire, peuvent être dispensés de tout ou partie des fonctions.

Le responsable de la structure interne (pôle, service, unité..) établit un rapport d'évaluation, fixé par arrêté, sur les connaissances, la qualité des pratiques du praticien dans la profession et le cas échéant sa spécialité, son comportement avec les patients, les familles et les autres professionnels médicaux et paramédicaux.

Au terme de ces trois années de fonctions, l'impétrant présente son dossier devant la commission d'autorisation d'exercice, qui examine les diplômes et l'expérience professionnelle pertinente des candidats.

3.1.2.3.4. Avis de la commission d'autorisation d'exercice

3.1.2.3.4.1. La commission d'autorisation d'exercice (CAE)

Les commissions d'autorisation d'exercice sont formées par profession, et pour les médecins, par spécialité.

Pour les médecins, les commissions sont présidées par le ministre chargé de la santé, représenté par le Directeur de la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS) du ministère des affaires sociales et de la santé (ou son représentant), qui évaluent la compétence de chacun des candidats dans la spécialité. La commission d'autorisation d'exercice peut convoquer les candidats pour une audition.

diplôme, de titre et de formation fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. »

Les commissions sont composées par :

- un représentant du Directeur de la Direction Générale de l'Offre des Soins (président des Commissions d'Autorisation d'Exercice)
- un représentant de la Direction Générale de Santé (DGS)
- un représentant du ministère de l'enseignement supérieur
- des membres du Conseil National de l'Ordre des Médecins (conseillers nationaux)
- des membres de la Commission Nationale Ordinale de Qualification de Première Instance de la spécialité
- un représentant des organisations syndicales des praticiens à diplômes hors Union Européenne (FPS ou INPADHUE)
- un représentant d'une association d'accueil ou d'aide aux réfugiés, à titre consultatif.

(A noter : les membres sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé pour une durée de cinq ans, renouvelable)

3.1.2.3.4.2. Avis de la commission d'autorisation d'exercice

Les Commissions d'Autorisation d'Exercice ont lieu au Conseil National de l'Ordre des Médecins ; ces commissions sont chargées de donner leur avis sur la demande au ministre.

La commission fonde son avis sur les diplômes en médecine obtenus dans le pays d'origine, l'ensemble des diplômes obtenus (en France et à l'étranger), les activités de formation continue, les rapports d'évaluation des chefs de service où a exercé le candidat, les publications de recherche et son projet professionnel.

La commission donne soit un avis favorable, soit un avis défavorable.

En cas d'avis favorable, il sera transmis au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Direction Générale de l'Offre des Soins) pour une décision définitive, puis publiée dans le Journal Officiel (JO).

En cas d'avis défavorable, la commission peut émettre des recommandations afin que le candidat développe ses compétences : stages, développement de techniques complémentaires, acquisition de certains diplômes, approfondissement de l'expérience etc.

Le nombre de passages possible devant ces commissions est limité à trois.

3.1.2.3.5. Autorisation d'exercice ministérielle

Les autorisations d'exercice sont délivrées par profession ou par spécialité par l'arrêté du ministre chargé de la santé, publiées dans le Journal Officiel, après avis consultatif des commissions. Elles permettent l'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins dans la spécialité.

Les médecins ont le libre choix de leur lieu d'exercice : libéral ou salarié. La majorité des praticiens envisagent une carrière hospitalière (praticien hospitalier ou praticien contractuel).

Les délais maximaux de réponse à partir de la date de dépôt du dossier sont de 1 an pour la PAE classique avec épreuves.

3.1.2.4. Les modifications induites par la loi du 1^{er} février 2012

La proposition de loi n'apporte qu'une réponse partielle et ponctuelle à l'enjeu du recrutement des personnels médicaux dans les hôpitaux.

3.1.2.4.1. Contexte de la création de la loi du 1^{er} février 2012

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a prévu une période transitoire ayant pour terme le 31 décembre 2011. Les épreuves de vérification des connaissances ont permis la réussite de 4375 candidats entre 2007 et 2011 au titre de la liste C.

On savait donc dès 2010 qu'un certain nombre de professionnels resteraient hors de la procédure et devraient cesser d'exercer leurs fonctions au 31 décembre 2011.

Le Gouvernement a été alerté sur cette situation connue de longue date : les établissements, les organisations représentatives des professionnels de santé concernés, la fédération hospitalière de France (FHF), mais aussi plusieurs agences régionales de santé.

Or, le Gouvernement n'a agi que très tardivement, en déposant à l'Assemblée nationale, le 27 octobre 2011, pendant les débats en séance publique sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, un amendement tendant à adapter la procédure dérogatoire et à en décaler la date butoir. Ensuite adoptée par le Sénat, qui en a amélioré le dispositif, la mesure était incluse dans le projet de loi de financement définitivement adopté qui a été transmis au Conseil constitutionnel.

Dans sa décision n°2011 – 642 DC du 15 décembre 2011, le Conseil a considéré que « l'article 51 [qui] prolonge le dispositif transitoire d'autorisation d'exercice pour les médecins étrangers non ressortissants communautaires [...] ne trouv[ait] pas [sa] place dans une loi de financement de la sécurité sociale [car cette disposition n'avait] pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement »

L'invalidation de cet article pour des raisons formelles s'impose naturellement aux pouvoirs publics. On peut cependant s'interroger sur le cheminement du raisonnement suivi, car l'article en cause tendait à modifier l'article 83 de la loi de financement pour 2007, lui-même transmis en son temps au Conseil constitutionnel qui n'avait alors rien trouvé à redire sur la présence d'un tel dispositif dans un projet de loi de financement. Pourtant, par la même

décision³³, il jugeait que neuf articles ne relevaient pas du domaine des lois de financement de la sécurité sociale et les censurait en conséquence ; l'article 83 n'en faisait pas partie...

Les conséquences de cette invalidation ont dû être assumées dans l'extrême urgence. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, et Nora Berra, secrétaire d'Etat à la santé. Ils ont été contraints de signer et d'adresser aux hôpitaux une « instruction », succincte et édifiante, dont la portée juridique est pour le moins limitée.

A noter que cette instruction ne concerne pas les établissements privés à but non lucratif ; la situation juridique des praticiens concernés y est donc encore plus fragile que dans les hôpitaux, officiellement « couverts » par le ministre.

La date du 3 août 2010³⁴ correspond à celle de l'arrêté qui a réformé les conditions d'accueil de praticiens diplômés hors de l'Union européenne et désireux de se former en France. Ils peuvent ainsi suivre une partie de la formation théorique et des stages de la formation pratique des diplômés d'études spécialisées (DES) et des diplômés d'études spécialisées complémentaires (DESC), en vue d'obtenir un diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) après deux à six semestres, ou un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA), requérant de un à deux semestres. Ils remplacent à compter de l'année universitaire 2010-2011 les attestations de formation spécialisée (AFS) et formation spécialisée approfondie (AFSA).

Surtout, cette procédure est maintenant centralisée par l'université de Strasbourg et les établissements ne peuvent donc plus recruter directement des professionnels sous le statut

33

Décision n°2006-544 DC du 14 décembre 2006

34

Pr Dominique BERTRAND, conseiller technique de Mme Danielle TOUPILLIER, directrice générale du Centre National de Gestion, avait été chargé du projet des modifications de la loi de 2006 pour la liste C, demandé par le cabinet du ministre de la santé.

plus ou moins justifié d'étudiant. Ceci devrait limiter fortement les contournements au cadre juridique établi.

A noter :

-Entrée en vigueur du dispositif des DFMS/DFMSA : 2010-2011

-Dernières inscriptions possibles en AFS/AFSA : 2009-2010

-Derniers candidats « sortants » du AFS/AFSA : 2013-2014³⁵

L'Assemblée nationale a reporté le terme de la procédure au 31 décembre 2016, une décision motivée par la lourdeur des procédures et du nombre de praticiens qui doivent encore se présenter à l'épreuve de vérification des connaissances. Ce délai devait permettre également de prendre en compte la situation des praticiens qui exercent à temps partiel.

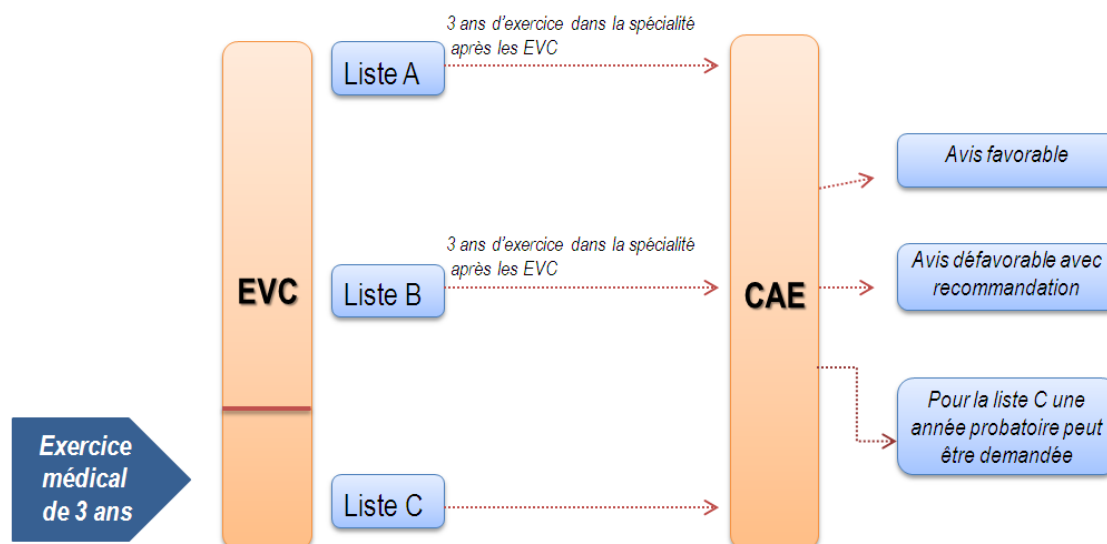
C'est donc sur ce seul motif qu'une loi a été déposée, votée à l'unanimité par le Parlement, et publiée au Journal Officiel le 2 février 2012. Cette nouvelle législation est motivée par l'absence de régularisation de plusieurs centaines de médecins de l'ancien dispositif et par l'installation en France de médecins sous le statut de faisant fonction d'interne après la date couperet de 10 juin 2004.

Le texte comporte **trois modifications** par rapport à la loi antérieure, mais ces trois changements ne concernent que la liste C.

³⁵

Date proposée par le Pr Dominique BERTRAND

Graphique n°5 : schéma de la PAE selon la Loi 2012.



Source : Chen X, et al. La Procédure d'autorisation d'exercice en cardiologie de 2007 à 2015. Arch Mal Cœur Vaiss Prat (2016), ([Volume 2017, Issue 255](#), Fev 2017, Pages 22–27), <http://dx.doi.org/10.1016/j.amcp.2016.12.011>

3.1.2.4.2. Les trois modifications :

3.1.2.4.2.1. Remplacement de l'épreuve théorique par une épreuve de parcours professionnel.

L'épreuve de connaissances fondamentales est remplacée par un dossier relatif au parcours professionnel permettant d'apprécier l'activité professionnelle depuis l'obtention du diplôme d'origine (coefficient 1).

Le candidat est invité à constituer un dossier qui sera validé par les responsables médicaux des lieux ou des institutions où il a exercé ses fonctions. Il tient compte de l'activité qualitative et quantitative des actes médicaux de la spécialité, du comportement vis-à-vis des patients et des équipes de soins, des connaissances acquises, de l'ensemble de l'exercice

de la spécialité à l'hôpital, des formations, du développement professionnel continu, et éventuellement des articles et communications effectuées... Cette validation de connaissances intervient à priori tous les six mois. Le candidat doit avoir accompli 3 ans d'exercice avant de se présenter aux épreuves et à la nouvelle liste C 2012, soit l'équivalent de 6 semestres. L'épreuve pratique est depuis 2012 la seule épreuve commune aux listes A, B et C avec un coefficient 2.

Tableau n°9 : correspondance des épreuves de vérification des connaissances selon les listes

	A partir de 2012	Avant 2012
Note 1 : Epreuve théorique	Listes A et B	Listes A, B et C
Note 2 : Epreuve pratique	Listes A, B et C	Listes A, B et C
Note 3 : Epreuve du parcours professionnel	Liste C	

Source : Chen X, et al. La Procédure d'autorisation d'exercice en cardiologie de 2007 à 2015. Arch Mal Cœur Vaiss Prat (2016), ([Volume 2017, Issue 255](#), Fev 2017, Pages 22–27), <http://dx.doi.org/10.1016/j.amcp.2016.12.011>

3.1.2.4.2.2. Le périmètre de l'exercice a été élargi pour la liste C jusqu'au 3 juillet 2010

Le périmètre de la Liste C a été élargi par loi du 1er février 2012. Le candidat doit justifier d'une activité professionnelle dans l'établissement de santé avant le 3 août 2010, soit la date de parution du texte réglementaire concernant le DFMS ou DFMSA (pour la procédure initiale dans la loi 2006, la période était avant le 10 juin 2004).

En plus, deux conditions supplémentaires ont été ajoutées :

- avoir exercé des fonctions salariées pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011;
- avoir exercé trois ans en équivalent temps plein dans les conditions précisées par le décret du 4 mai 2012 (ces 3 ans prennent effet pour le début de la période au plus tard en 2011)

La visée d'un tel changement est de régulariser les praticiens entrés dans le dispositif entre 2004 et le 3 août 2010. La loi de 2012 propose donc un cadre plus large que celle de 2006.

Cette extension est la conséquence de l'installation de nombreux professionnels dans des postes de FFI et d'assistant associé après fin 2006, pour les mêmes motifs que les lois antérieures le législateur a donc souhaité une prolongation de la liste C jusqu'en 2016.

3.1.2.4.2.3. L'année probatoire

La Commission d'Autorisation d'Exercice (CAE) peut recommander aux candidats une année probatoire supplémentaire d'exercice dans un service agréé pour recevoir des internes des DES dans un établissement public de santé, mais elle peut également recommander des compléments de formations. Une fois ces recommandations satisfaites, le candidat repasse devant la CAE.

3.1.3. Problème de l'épreuve de langue française

3.1.3.1. Aspect juridique

Le niveau de connaissance de la langue française a été modifié à plusieurs reprises :

a) **Epreuve écrite de maîtrise de la langue française :**

Les articles L4111-2 et L4221-12 du code de la santé publique prévoient que les candidats à l'autorisation d'exercice doivent « justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française ».

C'est l'article 18 de l'arrêté du 5 mars 2007 qui fixe les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française ; il correspond à l'article 83 de la loi n°2006-19_640 du 21 décembre 2006 qui précise au premier la procédure concrète du contrôle de langue française dans l'EVC

C'est donc dans cet article qu'il précise bien qu'« une épreuve écrite anonyme de maîtrise de la langue française..... » dans l'EVC, cette épreuve est de coefficient 1, pour un objectif de « apprécier la capacité des candidats à communiquer avec leurs patients ou avec leur environnement professionnel ».

b) **Attestation de vérification du niveau de maîtrise de la langue française**

Concernant la justification « d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française », prévu par Les articles L4111-2 et L4221-12 du code de la santé publique, le décret 2014-1071 du 22 septembre 2014 a modifié le moment de cette justification. Les articles D. 4111-12-2 et D 4222-11 précisent « qu'il est justifié du niveau suffisant de maîtrise de la langue française (...) lors de l'inscription aux épreuves de vérification des connaissances »

C'est dans l'article 2 de l'arrêté du 27 octobre 2014 relatif à la vérification du niveau de maîtrise de la langue française précise, qu'apparaissent pour la première fois, les conditions d'application de cette justification : les candidats devront désormais fournir « l'attestation de réussite au test de connaissance de la langue française (TCF-TEF) équivalent au niveau B2 ou le diplôme d'étude en langue française (DELF) de niveau B2 minimum ».

Enfin, cet article a été modifié par l'article 2 de l'arrêté du 8 avril 2015 relatif à la vérification du niveau de maîtrise de la langue française, stipulant que les candidats devront fournir « la justification du niveau suffisant de maîtrise de la langue française (...) vérifiée par la production de l'un des documents suivants :

- 1° Une attestation de réussite au test de connaissance de la langue française (TCF-TEF) équivalent au minimum au niveau B2 ;
- 2° Le diplôme d'étude en langue française au minimum de niveau B2 ;
- 3° Le diplôme approfondi de langue française ;
- 4° Une photocopie du diplôme ou de l'attestation de réussite au baccalauréat français, ou d'un diplôme français de niveau équivalent ou supérieur

Les candidats ayant accompli l'intégralité de leur cursus d'études en langue française en vue de l'obtention des diplômes d'exercice en médecine, en chirurgie-dentaire, en maïeutique ou en pharmacie, sont autorisés à produire une attestation en ce sens délivrée nominativement par leur établissement d'origine. Les réfugiés, apatrides et les personnes bénéficiant de la protection subsidiaire peuvent en apporter la preuve par tout moyen. »

3.1.3.2. Problèmes trouvés et risques exposés

L'importance de contrôle du niveau de la langue française est un élément fondamental qui donne une garantie sur la compétence de la communication face aux malades à terme, dans le cas où les candidats de la PAE aient obtenu le droit d'exercice sur le territoire français.

a) Concernant « l'Epreuve écrite de maîtrise de la langue française »

Quant à la forme de l'Epreuve de Vérification des Connaissances (EVC), l'article 18 de l'arrêté du 5 mars 2007 fixant les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française, précise que « Les épreuves mentionnées à l'article D. 4111-1 et D. 4221-1 du code de la santé publique comprennent :

- une épreuve écrite anonyme de vérification des connaissances fondamentales pour l'exercice de la profession et, pour les médecins et les pharmaciens, dans la spécialité, d'une durée de deux heures, notée de 0 à 20, coefficient 2 ;

- une épreuve écrite anonyme de vérification des connaissances pratiques pour l'exercice de la profession et, pour les médecins et les pharmaciens, dans la spécialité, d'une durée de deux heures, notée de 0 à 20, coefficient 2 ;

- une épreuve écrite anonyme de maîtrise de la langue française, d'une durée d'une heure, notée de 0 à 20, coefficient 1. Cette épreuve doit permettre d'apprécier la capacité des candidats à communiquer avec leurs patients ou avec leur environnement professionnel. »

L'Epreuve écrite anonyme de maîtrise de la langue française est donc bien évidemment une des trois épreuves de l'EVC.

- Problème trouvé :

L'épreuve de français, bien qu'elle soit dans l'EVC, n'est qu'un contrôle du niveau français mais n'a aucun lien avec les connaissances médicales. C'est pour cette raison que le coefficient de l'épreuve de français, soit coefficient 1, est différent que ceux de deux autres épreuves (coefficient 2), celle-ci montre une différence d'importance entre l'épreuve de français et les épreuves de connaissances médicales.

- Risque exposé :

L'épreuve de français comptait pour la moyenne globale minimum, elle pouvait parfois compenser les autres notes écrites en dessous de la moyenne qui donne un risque que certains candidats de l'EVC ayant eu des notes non satisfaisantes dans les épreuve de connaissances médicales réussissaient à l'EVC grâce à la compensation avec leurs notes

de l'épreuve de français, celui-ci donnera certainement une non-garantie du niveau de l'offre des médecins dans la future.

- **Résultat :**

L'épreuve de français a été transformée en un niveau obligatoire de français, le « Diplôme d'Etudes en Langue Française niveau B2 » unique et non compensable (DELF B2).

Cette modification favorise une analyse des seules connaissances médicales.

b) Concernant « l'Attestation de vérification du niveau de maîtrise de la langue française »

Actuellement, une attestation de vérification du niveau de maîtrise de la langue française est obligatoire lors de l'inscription aux épreuves de vérification des connaissances.

C'est donc conformément à l'article 2 de l'arrêté du 8 avril 2015 relatif à la vérification du niveau de maîtrise de la langue française que l'un des documents devra être fourni par les candidats à l'EVC est :

- 1° Une attestation de réussite au test de connaissance de la langue française (TCF-TEF) équivalent au minimum au niveau B2 ;
- 2° Le diplôme d'étude en langue française au minimum de niveau B2 ;
- 3° Le diplôme approfondi de langue française ;
- 4° Une photocopie du diplôme ou de l'attestation de réussite au baccalauréat français, ou d'un diplôme français de niveau équivalent ou supérieur

Cet arrêté comme sa version ancienne reprend les dispenses introduites par le code de la santé publique.

A priori, tous les candidats aux EVC doivent fournir une justification du niveau de maîtrise de la langue française, néanmoins dans les cas d'exceptions, cet arrêté précise les documents dont les candidats pourront être dispensés de la justification :

- Les candidats de nationalité française
- Les candidats titulaires d'un Diplôme de troisième cycle des études médicales

Concernant les documents acceptés, le tableau ci-dessous présente une liste non-exhaustive des documents acceptés s'ils sanctionnent au minimum un niveau B2.

Tableau n° 10 : liste des documents acceptés pour vérification du niveau de maîtrise de la langue française aux épreuves de vérification des connaissances

DOCUMENTS	ACRONYMES	VALIDITE
<i>Prévus par l'arrêté</i>		
Test de connaissance du français	TCF	2 ans
Test d'évaluation en français (délivré par la Chambre de Commerce et d'industrie de Paris)	TEF	2 ans
Diplôme d'études en langue française*	DELF	A vie
Diplôme approfondi de langue française*	DALF	A vie
Diplôme d'université d'études française*		A vie
<i>Baccalauréat français*</i>		<i>A vie</i>

Source : Pr Dominique BERTRAND, *les voies d'accès au plein exercice*, 11-2016

- Les contrôles du niveau en langue française organisés par les instituts tiers n'ont aucun lien avec les connaissances médicales. Toutes ces attestations de niveau en français demandées sont pour garantir une compétence lorsque la communication dans consultations, entre ces futurs médecins et les malades, par une langue française médicale qui est bien plus spécialisée qu'une langue française civile.
- N°4 de l'article 2 de l'arrêté du 8 avril 2015 précise que « Une photocopie du diplôme ou de l'attestation de réussite au baccalauréat français, ou d'un diplôme français de niveau équivalent ou supérieur », qui veut dire qu'une copie de réussite d'un diplôme

français, de niveau égal ou supérieur Licence 1 universitaire (toutes disciplines langue française) peut être acceptée, pour l'EVC. Ce diplôme est donc reconnu comme une attestation de compétence en français, par défaut.

- **Risque exposé :**

-l'attestation de réussite en langue française n'est pas un garant de la maîtrise du langage médical en français, ce dernier étant bien plus important lors d'une consultation médicale, entre le médecin et le malade. L'attestation ne peut montrer qu'une compétence de communication en français mais celle-ci n'est pas la preuve de la maîtrise du langage médical professionnel.

-l'obtention d'un diplôme français de niveau supérieur ou égal Licence 1 universitaire est parfois moins difficile qu'à obtenir une attestation de contrôle du niveau en français. En effet, un diplôme de toute discipline en français en France est bien plus facile à obtenir pour un étranger ayant déjà eu un diplôme d'étude supérieur dans son pays d'origine. L'obtention d'un diplôme français de niveau supérieur ou égal Licence 1 universitaire ne pourra donc pas garantir une réelle compétence en français pour les candidats de l'EVC.

3.1.4. La mise en place des DFMS et DFMSA remplaçant les AFS et AFSA

Les étudiants « faisant fonction d'interne (FFI) » suivant des formations d'AFS ou d'AFSA doivent en principe retourner dans leur pays après ces formations, mais, comme le note la Cours des comptes dans son rapport précité sur les personnels des établissements de santé, « leur attestation de formation est renouvelée année après année, moyennant des pratiques de faux redoublements ou d'inscriptions successives dans différentes disciplines. »³⁶

³⁶ INPADHUE, A quand la fin des discriminations en France ?

L'exercice d'un stock croissant de professionnels de santé à diplôme extra-communautaire exerçant en milieu hospitalier, qui ne souhaitent pas revenir dans leur pays d'origine, voire qui possèdent la nationalité française et sont donc appelés à rester, crée ainsi, depuis plusieurs années, une forte pression en faveur d'un assouplissement de la législation relative à l'accès au plein exercice de leur profession pour ces professionnels en France.

Définition:

- AFS : Attestation de Formation Spécialisée

La durée de formation est de 2 ans. L'AFS s'adresse à des étudiants étrangers en cours de spécialité commencée dans leur pays d'origine, poursuivie pendant deux ans en France et terminée dans leur pays.

- AFSA : Attestation de Formation Spécialisée Approfondie

La durée de formation est de 1 an. L'AFSA s'adresse à des étudiants déjà spécialistes dans leur pays ; Il s'agit d'un enseignement complémentaire de perfectionnement dans leur spécialité.

DFMS et DFMSA³⁷ :

DFMS : Diplôme de Formation Médicale Spécialisée

Pour pouvoir s'inscrire en DFMS le médecin étranger ou le pharmacien étranger, titulaire d'un diplôme permettant l'exercice de la profession dans son pays d'origine ou le pays d'obtention du diplôme, doit être en cours de formation médicale ou pharmaceutique spécialisée.

DFMSA : Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie

Pour pouvoir s'inscrire en DFMSA le médecin ou le pharmacien étranger, titulaire d'un diplôme de médecin ou de pharmacien spécialiste permettant l'exercice de la spécialité dans son pays d'origine ou le pays d'obtention du diplôme.

³⁷

Bulletin officiel N° 46 du 16 décembre 2010, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

L'arrêté du 8 juillet 2008 modifié relatif au diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) et diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) remplace et encadre à compter de l'année universitaire 2010-2011 les attestations de formation spécialisée (AFS) et formation spécialisée approfondie (AFSA).

L'arrêté du 3 août 2010 réforme le dispositif relatif aux diplômes de formation médicale spécialisée (DFMS) et aux diplômes de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) pour les médecins et pharmaciens étrangers souhaitant suivre en France une partie de leur spécialisation ou un complément de celle-ci. Compte tenu, notamment, de la charge très lourde sur les plans humain, logistique et financier qu'a constituée l'organisation des épreuves de contrôle de niveau des connaissances prévues par l'arrêté du 8 juillet 2008.

Entrée en vigueur du dispositif des DFMS/DFMSA : 2010-2011

Dernières inscriptions possibles en AFS/AFSA : 2009-2010

Derniers candidats « sortants » AFS/AFSA : 2013-2014

Les dispositifs DFMS, DFMSA mettent fin aux AFMS et AFMSA. En effet, les praticiens à diplôme obtenu hors Union européenne, s'ils souhaitent, pouvaient renouveler l'inscription à la formation « AFMS » et « AFMSA », année après année, afin de rester en France et de travailler dans l'établissement de la santé en « faisant fonctions d'interne », c'est aussi pour cette raison que le nombre des praticiens à diplôme obtenu hors Union européenne non régularisés avait beaucoup augmenté.

L'inscription pour les praticiens de diplôme étranger se fait désormais pour tous à l'Université de Strasbourg ; auparavant, pour les AFS et AFSA, les praticiens de diplôme étranger pouvaient s'inscrire chaque année dans différentes facultés de médecine en France et il n'y avait aucune possibilité de contrôle. A l'issue de la formation, les étudiants travaillant en qualité de « faisant fonctions d'interne » et suivant les DFMS et DFMSA devraient retourner dans leurs pays d'origine.

4. Analyse quantitative des 3 listes d'inscription aux Epreuves de vérification des connaissances

4.1. Base de données et textes législatifs

Afin de bien définir chaque élément et leur rôle dans l'étude de la Procédure d'Autorisation d'Exercice, une modélisation est créée en regroupant des différents thèmes qui la définie :

a) Frise chronologique

La thèse reprend les listes des candidats de 2012 à 2016, elle prend aussi en compte les données des années précédant 2012, pour un petit nombre d'analyses.

b) La provenance des données

Toutes les données proviennent de la base de données des Epreuves de vérification des connaissances du Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, agence d'Etat sous la tutelle du ministère chargé de la santé, qui gère la Procédure d'Autorisation d'Exercice, et du Conseil National de l'Ordre des Médecins, pour l'ensemble de données pour la Commission d'Autorisation d'Exercice (CAE).

c) Aspects législatifs

- Loi du 22 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale
- 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 Etat non membre de l'Union européenne
- Loi n° 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne

- Article L4111-2 du code de la santé publique relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme
- Article D4111-1 du code de la santé publique relatif aux épreuves de vérification des connaissances pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme
- Article D4111-6 du code de la santé publique relatif aux fonctions requises pour les candidats à l'autorisation d'exercice, lauréats des épreuves de vérification des connaissances des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme
- 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
- 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
- Décret n° 2012-659 du 4 mai 2012 portant 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 Etat non membre de l'Union européenne

4.2. Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une analyse quantitative à partir des bases de données Excel fournies par le Centre National de Gestion (CNG).

Les bases de données Excel sont nominatives avec une base par année. Ces fichiers sont composés de 48 colonnes contenant toutes les informations sur chaque candidat.

Chaque fois que le candidat s'inscrit, une ligne est ouverte ; les informations des candidats inscrits au moins une fois, et présentés ou non à l'examen (liste B et C) ou au concours (liste A), sont placées dans la base établie.

Notre souhait était de pouvoir identifier la trajectoire des candidats année après année de manière longitudinale. Nous avons décidé de fusionner les 5 bases de données annuelles de 2012 à 2016. Nous avons ensuite créé un identifiant unique à l'aide des variables suivantes : nom de naissance, premier prénom et date de naissance et spécialité de concours ou d'examen.

Cet identifiant unique nous a permis d'éviter de fusionner les candidats homonymes grâce à l'ajout de la date de naissance. De plus, la création de l'identifiant unique ne prenait pas en compte les différences de typographie et d'accent dans les noms et prénoms, afin d'éviter des doublons éventuels. Cette démarche nous a permis d'avoir une base statistique fiable.

Nous avons ensuite créé une base de données Excel commune fusionnant les 5 bases de données de 2012 à 2016. Nous avons pu réaliser cette base à l'aide de fonctions recherches, qui donnaient pour chaque identifiant unique les résultats par année. Pour chaque année nous avons demandé les variables suivantes :

- Le candidat s'est-il inscrit et si oui en quelle liste ?
- Le candidat s'est-il présenté à l'examen ?
- Résultat à la 1ère épreuve (si disponible)
- Résultat à la 2ème épreuve (si disponible)
- Résultat à la 3ème épreuve (si disponible)
- Quel est le total des points ?
- Le candidat a-t-il été retenu ?

Notre travail a abouti à la création d'une base de données unique, comprenant 48 colonnes et 30714 identifiants uniques (*tableau n°11*).

Nous avons également calculé et ajouté l'âge des candidats au 31 décembre 2016.

Depuis la création de la PAE, on dénombre 47559 inscriptions de 2007 à 2016 (26561 inscriptions entre 2012 et 2016). Entre les candidats qui se sont présentés une fois et ceux qui se sont présentés plusieurs fois, le nombre de 30714 identifiants uniques apparaît cohérent.

A l'aide des outils statistiques du logiciel Excel, nous avons pu ensuite analyser les données de trois listes pour chaque année de 2012 à 2016.

Tableau n°11 : la création de la base de données unique

PAE : Base de données par année	Intitulé initial		PAE : Base de données unique	Intitulé après fusion
1	Identifiant candidat		1	ID/identifiant unique
2	Spécialité		2	Spécialité
3	Centre Examen		3	Civilité
4	Civilité		4	Nom de naissance
5	Nom naissance		5	Nom épouse
6	Nom épouse		6	Prénom 1
7	Prénom 1		7	Prénom 2
8	Prénom 2		8	Prénom 3
9	Prénom 3		9	Date de naissance
10	Date de naissance		10	Date du 30 juin 2015
11	Département		11	Age
12	Nationalité		12	Département
13	Fonctions exercées en France		13	Nationalité
14	Lieu exercice établissement		14	LISTE 2016
15	Lieu exercice ville		15	2016 Présent
16	Lieu exercice département		16	2016 Note 1
17	Adresse n° et voie		17	2016 Note 2
18	Adresse complément		18	2016 Note 3

19	Adresse suite		19	2016 Résultat
20	Code postal		20	2016 Total des points
21	Commune		21	LISTE 2015
22	Pays		22	2015 Présent
23	Téléphone professionnel		23	2015 Note 1
24	Téléphone personnel		24	2015 Note 2
25	Téléphone mobile		25	2015 Note 3
26	Adresse électronique		26	2015 Résultat
27	Situation		27	2015 Total des points
28	Situation particulière		28	LISTE 2014
29	Diplôme		29	2014 Présent
30	Valeur scientifique		30	2014 Note 1
31	Participations antérieures		31	2014 Note 2
32	Droit à concourir		32	2014 Note 3
33	Dossier complet		33	2014 Résultat
34	Admis à concourir		34	2014 Total des points
35	Code région		35	LISTE 2013
36	Opérateur		36	2013 Présent
37	Valide		37	2013 Note 1
38	Présent		38	2013 Note 2
39	Note 1		39	2013 Note 3
40	Note 2		40	2013 Résultat
41	Note 3		41	2013 Total des points
42	Total des points			LISTE 2012
43	Résultat			2012 Présent
44	Note limite			2012 Note 1
45				2012 Note 2
46				2012 Note 3
47				2012 Résultat
48				2012 Total des points

4.3. Les analyses globales de trois listes entre 2012 et 2016

4.3.1. Les inscrits et présents aux épreuves de vérification des connaissances entre 2012 et 2016

Tableau n°12 : tableau récapitulatif des candidats inscrits et présents aux EVC entre 2012 et 2016

Liste	Liste A			Liste B			Liste C		
	Nb d'inscrits	Nb présents au concours	Taux de présence	Nb d'inscrits	Nb présents à l'examen	Taux de présence	Nb d'inscrits	Nb présents à l'examen	Taux de présence
2012	3239	1399	43%	73	59	81%	1971	1757	89%
2013	3746	1586	42%	86	59	69%	1217	1044	86%
2014	4487	1990	44%	108	77	71%	719	583	81%
2015	4114	2269	55%	126	95	75%	529	455	86%
2016	5537	2763	50%	169	123	73%	441	388	88%

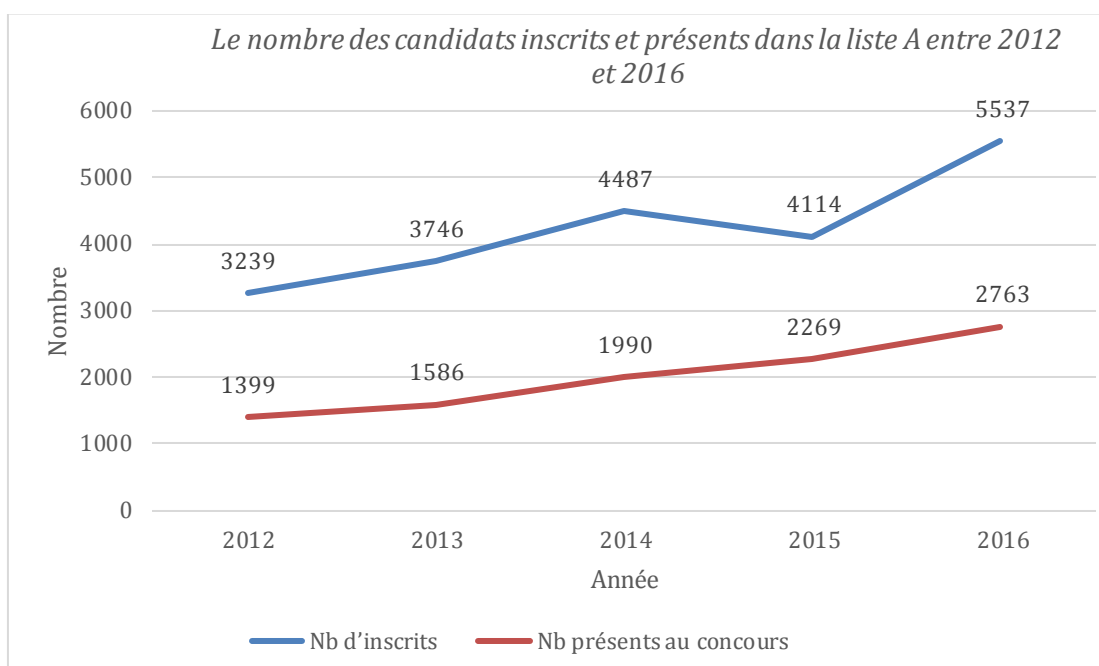
Les candidats inscrits peuvent ou non se présenter aux épreuves ; en cas d'absence, leur candidature ne compte pas dans le nombre de passages de l'épreuve.

Les présents varient considérablement selon les listes. Selon la loi du HPST, seuls 3 passages sont autorisés aux Epreuves de vérification des connaissances pour la PAE.

Observations :

a) La liste A recueille un grand nombre de candidats.

Graphique n° 6 : le nombre des candidats inscrits et présents dans la liste A entre 2012 et 2016



Il existe actuellement la régulation pour les deux sortes de praticiens étrangers : d'une part, celle pour les praticiens étrangers hors de France, qui veut dire les nouveaux arrivants ; d'autre part, celle pour les candidats ayant exercé auparavant en France et souhaitant revenir en France, s'ils n'ont pas satisfait les conditions suivantes :

- avoir exercé avant le 3 août 2010 ;
- avoir exercé des fonctions salariées pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 ;
- avoir exercé trois ans en équivalent temps plein dans les conditions précisées par le décret du 4 mai 2012 (ces 3 ans prennent effet au plus tard en 2011).

Le nombre de candidats a augmenté avec le temps, de 3239 en 2012, à 5537 en 2016. Le taux moyen de présents aux concours entre 2012 et 2014 est de 43%, il a augmenté de 11% en 2015, soit à 55%, puis il a reculé jusqu'à 50% en 2016.

A partir de 2012 on assiste à une augmentation du nombre de postes ouverts et 100% des spécialités sont représentées

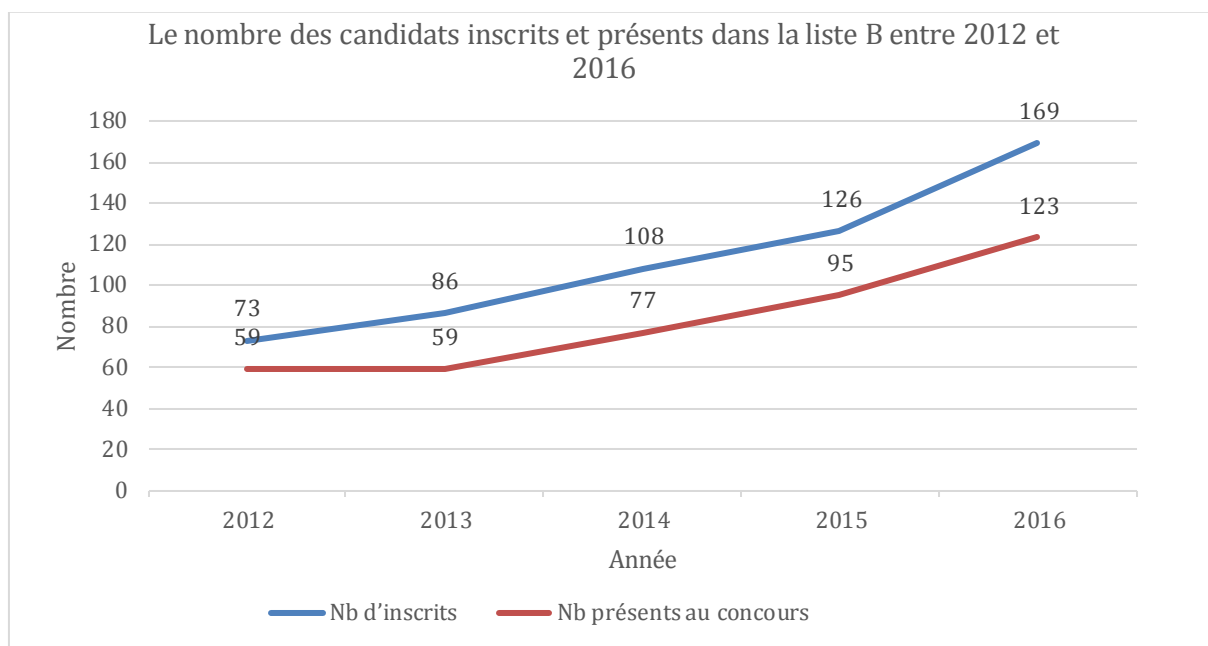
Tableau n°13 : tableau récapitulatif du nombre de postes ouverts pour la liste A des EVC entre 2012 et 2016

Année	2012	2013	2014	2015	2016
Nb de postes ouverts pour la liste A	300	300	300	400	460
Spécialités ouvertes	100%	100%	100%	100%	100%

b) La liste B, concerne des situations particulières ; le nombre d'inscrits varie entre 73 et 169, le taux moyen de présents est d'environ 74%.

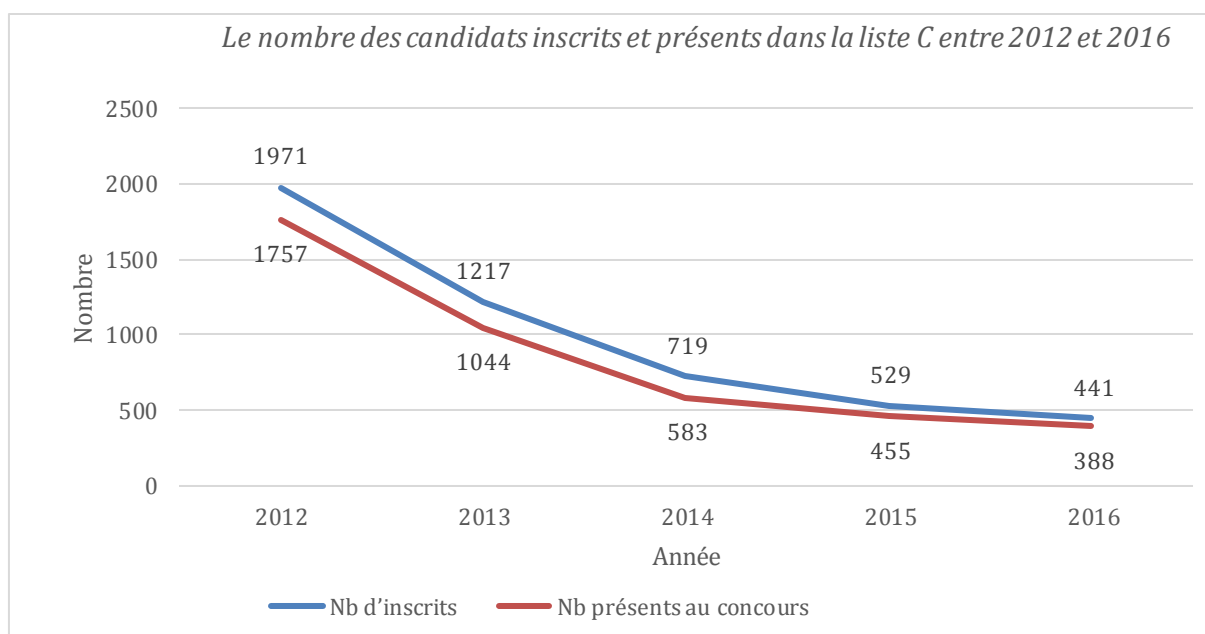
A partir de 2014, on note une augmentation sensible du nombre de candidats (probablement dûe aux conflits en Afrique, et au Proche et Moyen-Orient).

Graphique n° 7 : le nombre des candidats inscrits et présents dans la liste B entre 2012 et 2016



c) La liste C diminue :

Graphique n° 8 : le nombre des candidats inscrits et présents dans la liste C entre 2012 et 2016



Le nombre de candidats diminue sensiblement et le taux de présence reste stable autour de 85%. Le nombre d'inscrits en 2016 est 441 ; il s'agit de tous les anciens candidats de liste C, que nous allons analyser dans le chapitre suivant.

4.3.2. Les réussites aux EVC entre 2012 et 2016

Le taux de réussite correspond au nombre de candidats ayant été lauréats des EVC, par rapport au nombre de présents par année.

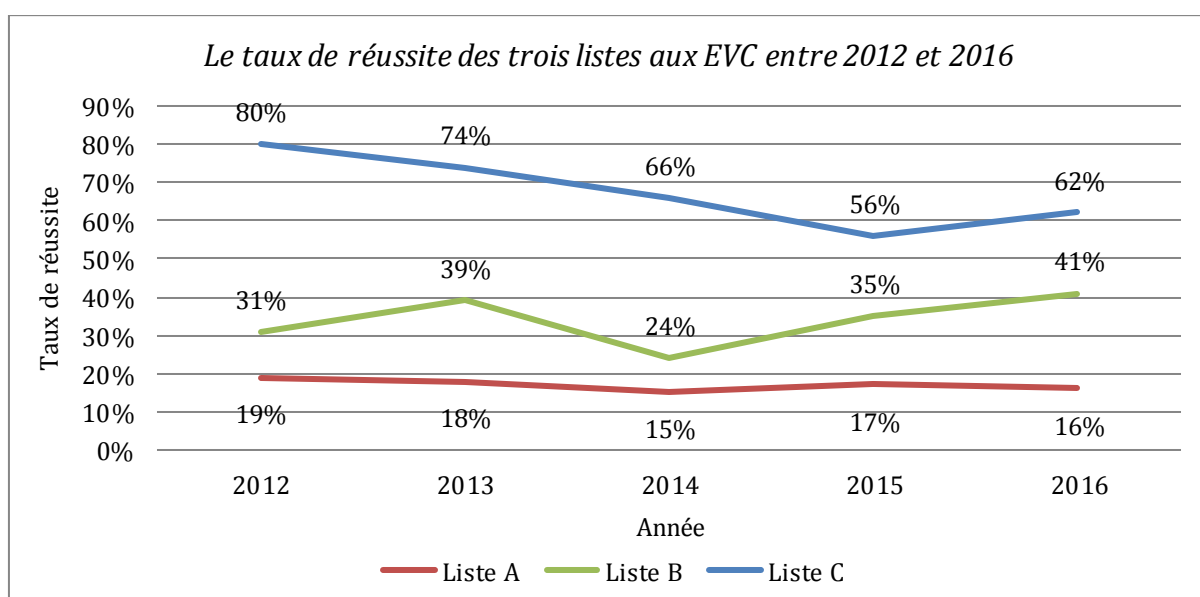
TABLEAU n°13 : tableau récapitulatif du taux de réussite des trois listes aux EVC entre 2012 et 2016

Années \ Listes	Liste A	Liste B	Liste C
2012	19%	31%	80%
2013	18%	39%	74%
2014	15%	24%	66%
2015	17%	35%	56%
2016	16%	41%	62%

Observation :

- a) Généralement, les taux de réussite pour les 3 listes entre les années 2012-2016 sont variables.

Graphique n° 9 : le taux de réussite des trois listes aux EVC entre 2012 et 2016



- b) Pour la liste A, le taux de réussite diminue progressivement entre 2012 et 2014, parce que le nombre de postes ouverts reste de même (300) mais le nombre de présents au concours augmente année par année (2012=1399 ; 2013=1586 ; 2014=1990).

L'année 2015 montre une légère augmentation du taux de réussite car le nombre de postes ouverts pour la liste A a augmenté de 33% par rapport à 2014 (400 en 2015 VS 300 en 2014).

Le nombre de postes ouverts en 2016 a augmenté de 15% (460 en 2016 VS 400 en 2015), le nombre de présents a augmenté 22% (2763 en 2016 VS 2269 en 2015) et le taux de réussite a diminué 1%.

- c) Pour la liste B, les résultats sont variables sans que nous puissions trouver d'explication évidente. Cette variabilité peut s'expliquer par la diversité de profil des candidats et le caractère aléatoire de leur inscription et de leur présence à l'examen, fonction de contextes géopolitiques extérieurs au territoire français.
- d) Pour la liste C, Le taux de réussite a été très haut en 2012 (80%), il diminue année par année entre 2012 et 2015, il remonte en 2016. Pour rappel, cette liste s'adresse aux anciens praticiens étrangers déjà installés en France, aucun nouvel arrivant n'entre dans cette liste.

4.3.3. Ages

Le calcul d'âge des candidats de la PAE aux EVC est important car il permet de savoir combien d'années les candidats exerceront en France. Ce point est essentiel pour la démographie médicale de la France.

4.3.3.1. Analyse globale de l'âge des candidats de la PAE aux EVC

Deux tableaux ont été faits pour montrer l'évolution d'âges des candidats de la PAE aux EVC : (*tableau N°14*) présente les candidats inscrits aux EVC de 2012 à 2016, et (*tableau n°15*) les candidats retenus dans les EVC de 2012 à 2016.

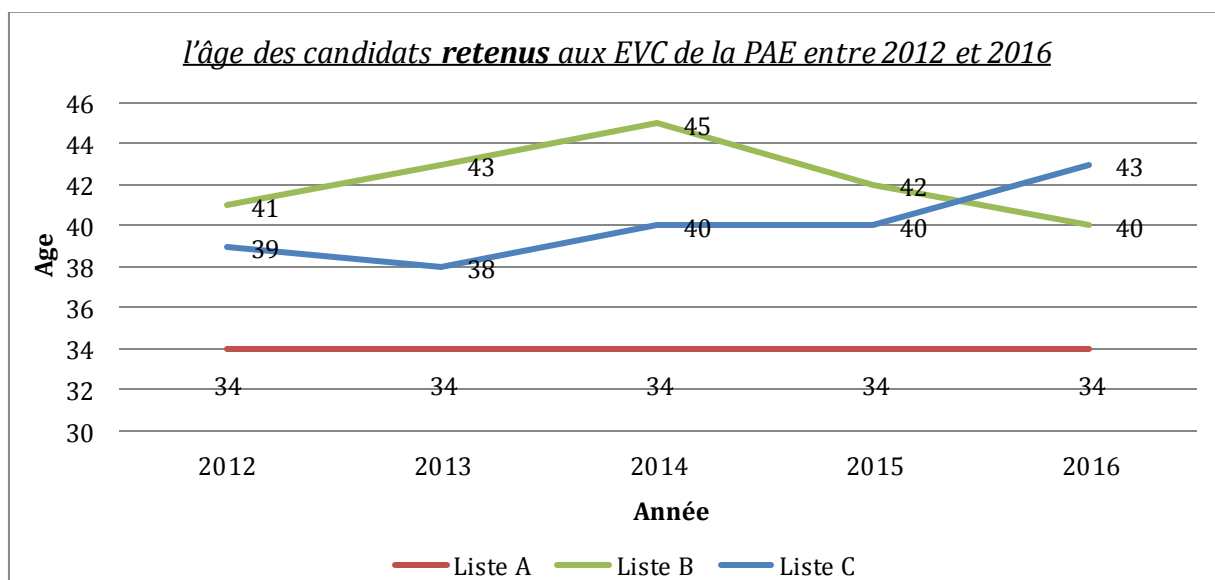
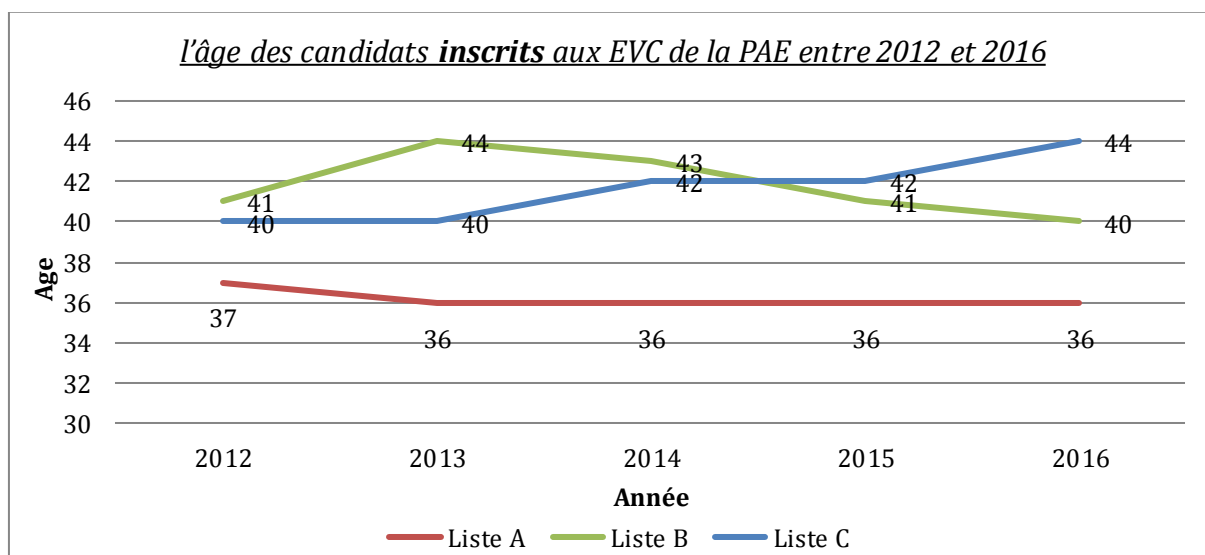
*Tableau n°14 : l'âge des candidats **inscrits** aux EVC de la PAE entre 2012 et 2016*

Age	Ensemble	Liste A	Liste B	Liste C
2012	38	37	41	40
2013	37	36	44	40
2014	37	36	43	42
2015	37	36	41	42
2016	37	36	40	44
Moyen	37	36	42	42

*Tableau n°15 : l'âge des candidats **retenus** aux EVC de la PAE entre 2012 et 2016*

Age	Ensemble	Liste A	Liste B	Liste C
2012	38	34	41	39
2013	37	34	43	38
2014	38	34	45	40
2015	37	34	42	40
2016	37	34	40	43
Moyen	37	34	42	40

Graphique n° 10 : l'âge des candidats **inscrits** et **retenus** aux EVC de la PAE entre 2012 et 2016



4.3.3.2. Comparaison de l'âge moyen des candidats inscrits et des candidats retenus aux EVC

L'âge moyen de l'ensemble des candidats inscrits et des candidats retenus aux EVC est le même, soit 37 ans.

La comparaison des trois listes ne montre pas de différence en ce qui concerne l'âge moyen des candidats inscrits et celui des candidats retenus de la liste B, soit 42 ans.

Concernant l'âge des candidats de la liste A et de la liste C, il apparaît que les candidats retenus sont plus jeunes que les candidats inscrits, soit 2 ans d'écart entre les candidats des deux listes (Liste A : 34 ans pour les candidats retenus VS 36 ans pour les candidats inscrits ; liste C : 40 ans pour les candidats retenus VS 42 ans pour les candidats inscrits). Il est évident que les candidats de la liste A, étant des nouveaux arrivés, sont beaucoup plus jeunes que les candidats de la liste C qu'ils sont normalement en France depuis un certain temps.

4.3.3.3. Analyse de l'âge des candidats inscrits et des candidats retenus aux EVC, des trois listes

4.3.3.3.1. Les lauréats sont assez jeunes, la tendance d'âge moyen des lauréats reste stable.

L'analyse de l'âge moyen de tous les candidats retenus aux EVC, de 2012 à 2016, sur les trois listes mélangées, montre que l'âge moyen des lauréats entre 2012 et 2016 diminue un peu (l'année 2012 = 38 ans ; l'année 2016 = 37 ans), mais reste stable. Ce résultat est satisfaisant, étant donné qu'à terme, les médecins provenant de la PAE pourront éventuellement encore travailler pendant longtemps et ce phénomène pourrait augmenter le taux de médecin/habitant (la densité médicale) pour la démographie médicale en France.

4.3.3.3.2. Les candidats de la liste A sont plus jeunes que ceux de la liste B et de la C dans les deux tableaux.

Si nous analysons l'âge des candidats dans les 3 listes, le résultat nous montre que l'âge moyen des candidats de la liste A est beaucoup plus bas que celui des deux autres listes (*graphique n° 10*), dans les deux tableaux. C'est logique, parce que les candidats de la liste A sont des nouveaux arrivants, ils sont globalement des nouveaux médecins étrangers qui n'ont jamais exercé en France ; au contraire, les lauréats des listes C sont certainement plus âgés que ceux des listes A car ils sont déjà installés.

4.3.3.3.3. L'âge des candidats de la liste A reste stable, la tendance de l'âge des candidats de la liste C augmente, pour les deux tableaux

Pour la tendance de l'âge des candidats de la liste A de 2012 à 2016, d'une part, dans le tableau des candidats inscrits (*tableau n° 14*), l'âge moyen a diminué de 1 an de 2012 à 2013 (37 ans VS 36 ans) ; il reste le même, soit 36 ans, entre 2013 et 2016 ; d'autre part, dans le tableau des candidats retenus (*tableau n° 15*), l'âge moyen entre 2012 et 2016 reste stable, soit 34 ans.

Pour la tendance de l'âge des candidats de la liste C de 2012 à 2016, d'une part, dans le tableau des candidats inscrits (*tableau n° 14*), l'âge moyen a été augmenté de 4 ans de 2012 à 2016 (40 ans en 2012 VS 44 ans en 2016) ; d'autre part, dans le tableau des candidats retenus (*tableau n° 15*), l'âge moyen entre 2012 et 2016 a aussi augmenté de 4 ans (39 ans en 2012 VS 43 ans en 2016).

L'impact de la loi 2012 sur le transfert de la liste A à la liste C à partir de 2012 est une des raisons qui explique l'âge des candidats dans la liste C. L'âge moyen des candidats transférés de la liste A en 2011 à la liste C en 2012 était de 37 ans, plus jeune que celui des candidats inscrits en 2012, soit 40 ans.

Pour ceux qui sont présentés aux EVC en 2012, ils étaient les candidats les plus jeunes. Plus le temps passe, moins les candidats sont jeunes. Dans la liste C, les candidats actuels sont en majorité des anciens médecins à diplôme obtenu hors Union européenne, résidents.

L'impact de la loi 2012 sur le transfert de la liste A à la liste C à partir des 2012 n'a pas entraîné d'effet sur la liste A. L'âge moyen des candidats inscrits sur la liste A est le même que celui des candidats de la liste C de 2012, transférés de la liste A de 2011, soit 37 ans.

La moyenne d'âge des candidats de cette liste reste stable. Cette moyenne est importante car la liste A deviendra la liste principale après 2016.

4.3.4. Spécialité

Une étude sur le classement des spécialités les plus demandées a été effectuée. Nous avons choisi les cinq spécialités les plus demandées (trois listes mélangées, entre 2012 et 2016).

Tableau n°16 : les spécialités de plus demandées aux EVC

2012		2013		2014		2015		2016	
Spécialités	Nb inscrit	Spécialités	Nb inscrits	Spécialités	Nb inscrits	Spécialités	Nb inscrits	Spécialités	Nb inscrits
Médecine générale	1072 (20,2%)	Médecine générale	975 (19,3%)	Médecine générale	1032 (19,4%)	Médecine générale	912 (19,1%)	Médecine générale	1160 (18,9%)
Anesthésie réanimation	342	Anesthésie réanimation	320	Anesthésie réanimation	324	Gériatrie	338	Anesthésie réanimation	419
Odontologie	290	Gériatrie	288	Gériatrie	320	Anesthésie réanimation	297	Gériatrie	400
Psychiatrie	278	Radiodiagnostic et imagerie médicale	250	Psychiatrie	283	Psychiatrie	260	Psychiatrie	376
Gériatrie	277	Odontologie	246	Chirurgie viscérale et digestive	237	Pédiatrie	220	Gynécologie obstétrique	300

La spécialité médecine générale est la spécialité la plus demandée pour les candidats de la PAE, le taux de demande en médecine générale par rapport aux autres spécialités reste stable entre 2012 et 2016 qui est autour de 20%. L'anesthésie réanimation, la gériatrie et la psychiatrie sont aussi beaucoup demandées chaque année.

5. Analyse transversale des 3 listes d'inscription aux EVC à la Procédure d'Autorisation d'Exercice

5.1. Année 2012

5.1.1. Analyse générale

Tableau n°17 : analyse générale des candidats des 3 listes aux EVC en 2012

2012	Liste A				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de postes ouverts au concours	Taux de réussite
	3239	1399	43%	300	19%
	Liste C				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de reçus à l'examen	Taux de réussite
	1971	1757	89%	1408	80%
	Liste B				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de reçus à l'examen	Taux de réussite
73	59	81%	18	31%	

Liste A : 3239 candidats se sont inscrits en liste A en 2012, 1399 candidats se sont présentés ; le taux de présence est assez bas, de 43%. 300 postes ont été ouverts en 2012, (100% de spécialités ouvertes), 269 candidats ont été retenus et le taux de réussite est de 19%.

Liste C : 1971 candidats inscrits en liste C en 2012, 1757 candidats se sont présentés, le taux de présence a été élevé, de 89%. 1408 candidats ont été retenus, le taux de réussite a aussi été élevé, de 80%. L'année 2012 est la première année qui a suivi l'exécution de la loi du 1^{er} février 2012 sur la liste C, la discussion et l'explication de l'impact de la loi sur la liste C seront présentés au **chapitre V**.

Liste B : cette liste montre un nombre limité de candidats, 73 candidats inscrits à la liste B avec 81% en présence ; 18 candidats ont été retenus et le taux de réussite était bas, de 31%.

5.1.2. Analyse du profil des candidats :

Tableau n°18 : analyse du profil des candidats de la liste A et C en 2012

2012	Profil des candidats de la liste A					
	Ensemble des candidats présents en liste A	1399	Primo-présents	995		
			Présents l'année N-1	301	Présents en liste A l'année N-1	254
					Présents en liste B l'année N-1	1
					Présents en liste C l'année N-1	46
			Autres	103		
	Profil des candidats de la liste C					
	Ensemble des candidats présents en liste C	1757	Primo-présents	556		
			Présents l'année N-1	745	Présents en liste A l'année N-1	509
					Présents en liste B l'année N-1	3
					Présents en liste C l'année N-1	233
			Autres	456		

Liste A :

1399 candidats présents en liste A en 2012 :

- 995 sont dits primo-présents, soit 71%.
- 301 candidats se sont présentés l'année N-1 (2011) ; parmi ceux-ci, 254 candidats se sont présentés en liste A, soit 84% ; la majorité des candidats présents en même liste selon leur statut, sachant que principalement, la loi 2012 ne concerne que des candidats de la liste C, aucun impact donc sur la liste A en 2012.
- 103 candidats se sont présentés dans les années « Autres », ce qui veut dire dans l'année N-2 ou antérieurement, soit entre 2010 et 2007. Sachant que pour la liste A, les candidats peuvent se présenter 3 fois aux EVC, la présentation en plusieurs fois donc existe, qui veut dire que parmi les candidats non primo-présents, soit 404 personnes (301 candidats de l'année N-1 + 103 candidats dans les années « Autres »), certains peuvent se présenter 1 fois ou 2 fois ou 3 fois. Néanmoins, l'analyse approfondie de ce point n'a pas été effectuée car ce que l'on voudrait savoir c'est, si les anciens candidats de la liste A se présentent toujours dans la même liste. Le taux de candidats présents en liste A en 2011 se présentent aussi en liste A en 2012, soit 84% satisfait bien à la question demandée.

Liste C :

Parmi les 1757 candidats présents en liste C en 2012 :

- 556 candidats sont dits primo-présents, soit 32%. Ce taux est bas, il est impacté par la loi 2012, plus précisément, par la présence des candidats d'anciennes années (entre 2007 et 2011) à l'année 2012.
- 745 candidats se sont présentés l'année N-1 (2011), parmi eux, 509 candidats sont en liste A, soit 68%. Ce taux est élevé et montre l'effet **de l'impact d'exécution de la loi 2012 sur la liste C : élargissement du périmètre de la liste C en 2012, en effet, il s'agit d'un transfert des candidats satisfaisant aux conditions, de la liste A de l'année N-1 (2011) à la liste C de l'année N (2012).**
- 233 candidats sont en liste C, soit 31%. Ce taux est bas et est impacté par la massive présence des candidats de la liste A l'année N-1 (2011).
- L'année 2012 est la première année après l'exécution de la nouvelle loi 2012 aux candidats d'inscription à la Procédure d'Autorisation d'Exercice. Nous observons un évident impact sur la participation des candidats ; il s'agit d'un grand nombre de transferts des anciennes listes A à la liste C 2012. En effet, il est dans l'intérêt des candidats de se présenter à l'examen de la liste C plutôt qu'au concours de la liste A afin d'obtenir l'autorisation d'exercice.

5.1.3. Analyse des résultats des candidats

Tableau n°19 : analyse des résultats des candidats de la liste A et C en 2012

2012	Analyse des résultats des candidats de la liste A par le taux de réussite aux EVC / %					
	Ensemble des candidats présents en liste A	19%	Primo-présents	16%		
			Présents l'année N-1	27%	Présents en liste A l'année N-1	30%
					Présents en liste B l'année N-1	0%
					Présents en liste C l'année N-1	11%
	Analyse des résultats des candidats de la liste C par le taux de réussite aux EVC / %					
	Ensemble des candidats présents en liste C	80%	Primo-présents	79%		
			Présents l'année N-1	77%	Présents en liste A l'année N-1	87%
					Présents en liste B l'année N-1	100%
					Présents en liste C l'année N-1	53%

Une analyse des résultats des candidats, par le taux de réussite des EVC a été faite, afin de tenir compte de la différence d'habilité des candidats de différentes listes.

Néanmoins, l'analyse des candidats « Autres » n'a pas été effectuée, car les candidats présents dans les années « Autres » (entre 2007 et 2010) pouvaient éventuellement se présenter plusieurs fois sur différentes listes. L'analyse de ce groupe de candidats pourrait apporter un biais.

Concernant le taux de réussite des candidats de la liste A :

- Sur l'ensemble des candidats présents sur la liste A en 2012, 19% ont été retenus.
- Pour les candidats primo-présents, 16% ont été retenus. Ce taux est un peu plus bas que le taux de réussite de l'ensemble des candidats de la liste A en 2012.
- Concernant les candidats présents en 2012, et ceux qui se sont aussi déjà présentés l'année N-1 (2011), le taux de réussite est de 27% ; parmi eux, le taux de réussite est de 30% pour les candidats d'ancienne liste A de l'année N-1 (2011) ; pour les candidats d'ancienne liste B de l'année N-1 (2011), le taux de réussite lorsqu'ils se sont présentés à la liste A en 2012 est de 0% ; pour les candidats d'ancienne liste C de l'année N-1 (2011), le taux de réussite lorsqu'ils se sont présentés à la liste A en 2012 est de 11%. Ces chiffres nous montrent que, les candidats qui se sont déjà présentés dans la liste A de l'année N-1 (2011) sont plus habilités par rapport aux autres candidats lorsqu'ils se sont présentés à la liste A en 2012.

Concernant le taux de réussite des candidats de la liste C :

- Sur l'ensemble des candidats présents à la liste C en 2012, 80% des candidats ont été retenus.
- Pour les candidats primo-présents, 79% des candidats ont été retenus, ce taux est quasiment identique au taux de réussite de l'ensemble des candidats de la liste C en 2012.
- Concernant les candidats présents en 2012, et aussi déjà présentés l'année N-1 (2011), le taux de réussite est de 77% ; parmi eux, le taux de réussite est de 87% pour les candidats d'ancienne liste A de l'année N-1 (2011) ; pour les candidats d'ancienne liste B de l'année N-1 (2011), le taux de réussite lorsqu'ils se sont présentés à la liste C en 2012 est de 100% ; pour les candidats d'ancienne liste C de l'année N-1 (2011), le taux de réussite lorsqu'ils se sont présentés à la liste C en 2012 est de 53% ; ce dernier est beaucoup plus bas que les taux observés pour les autres profils des candidats de la liste C. Ces chiffres, comme les résultats d'analyse de la liste A en 2012, nous montrent que, les candidats se sont déjà présentés dans la liste A de l'année N-1 (2011) et sont plus habilités par rapport aux autres candidats lorsqu'ils se sont présentés à la liste A en 2012, sauf pour trois candidats d'ancienne liste B qui se sont déjà présentés une ou plusieurs fois à la liste B entre 2007 et 2011 mais non pas été retenus.

5.2. Année 2013

5.2.1. Analyse générale

Tableau n°20 : analyse générale des candidats des 3 listes aux EVC en 2013

2013	Liste A				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de postes ouverts au concours	Taux de réussite
	3746	1586	42%	300	18%
	Liste C				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de reçus à l'examen	Taux de réussite
	1217	1044	86%	768	74%
	Liste B				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de reçus à l'examen	Taux de réussite
86	59	67%	23	39%	

Liste A :

Le nombre de candidats inscrits dans la liste A en 2013 augmente, passant de 3239 en 2012 à 3746 en 2013 ; le nombre de candidats présents en liste A en 2013 augmente aussi par rapport à celui de 2012 (de 1399 en 2012 à 1586 en 2013), il s'agit de nouveaux arrivants après le transfert massif de la liste A à la liste C en 2012. Le taux de réussite reste toujours bas, de 18%, et le nombre de postes ouverts au concours reste le même, de 300, pour toutes spécialités ouvertes.

Liste C :

Les cinq indicateurs importants diminuent en même temps :

- le nombre de candidats inscrits
- le nombre de candidats présents
- le taux de présence
- le nombre de reçus à l'examen
- le taux de réussite

Ce phénomène confirme l'hypothèse posée que le nombre de candidats pouvant satisfaire à la réussite de l'examen de la liste C diminue, malgré l'élargissement du périmètre de la liste C en 2012. La pente de la diminution n'est pas raide, le nombre de médecins étrangers non régularisés dans la liste C diminue doucement.

Liste B :

Le nombre d'inscrits a augmenté par rapport à l'année 2012, de 73 à 86, soit 18% en plus ; le nombre de présents est identique par rapport à celui de 2012, c'est une des raisons pour lesquelles le taux de présence de la liste B en 2013 a diminué de 14%, et apparaît à 67%. Le nombre de reçus est de 23 candidats, c'est-à-dire 5 candidats en plus qu'en 2012. Finalement, le taux de réussite a atteint 40%, 8% de plus par rapport l'année 2012.

5.2.2. Analyse du profil des candidats :

Tableau n°21 : analyse du profil des candidats de la liste A et C en 2013

2013	Profil des candidats de la liste A					
	Ensemble des candidats présents en liste A	1586	Primo-présents	1152		
			Présents l'année N-1	269	Présents en liste A l'année N-1	269
					Présents en liste B l'année N-1	0
					Présents en liste C l'année N-1	0
			Autres	165		
	Profil des candidats de la liste C					
	Ensemble des candidats présents en liste C	1044	Primo-présents	448		
			Présents l'année N-1	258	Présents en liste A l'année N-1	57
					Présents en liste B l'année N-1	2
					Présents en liste C l'année N-1	199
			Autres	338		

Liste A :

1586 candidats présents dans la liste A en 2013 :

- 1152 candidats sont primo-présents, soit 73%.
- 269 candidats se sont présentés déjà dans l'année N-1 (2012), parmi ceux-ci, la totalité des candidats se sont présentés en liste A.
- 165 candidats se sont présentés dans les années « Autres », ce qui veut dire dans l'année N-2 ou antérieurement, soit entre 2011 et 2007.

Liste C :

- 1044 candidats présents en liste C en 2013, le nombre de présents en liste C en 2013 a diminué de 41% par rapport celui de 2012, le nombre de candidats dans la **liste C commence à fondre, la méthode de la régularisation fonctionne.**
- 448 candidats sont dits primo-présents, soit 43%.
- 258 candidats se sont déjà présentés dans l'année N-1 (2012) et parmi eux, 57 candidats étaient en liste A, soit 22% ; il s'agit encore d'un petit nombre de transfert de la liste A à la liste C, l'impact de la loi 2012 sur le transfert de la liste A à la liste C n'a pas encore fini, mais ça commence à se stabiliser à partir de 2013 ; 199 candidats étaient en liste C, soit 77%, en effet, ce taux a augmenté 46% par rapport celui de 2012, ce qui montre aussi que l'impact de la loi 2012 sur le transfert de la liste A à la liste C commence à se stabiliser.
- 338 candidats se sont présentés dans les années « Autres », ce qui veut dire dans l'année N-2 ou antérieurement, soit entre 2011 et 2007.

5.2.3. Analyse des résultats des candidats

Tableau n°22 : analyse des résultats des candidats de la liste A et C en 2013

2013	Analyse des résultats des candidats de la liste A par le taux de réussite aux EVC / %					
	Ensemble des candidats présents en liste A	18%	Primo-présents	16%		
			Présents l'année N-1	24%	Présents en liste A l'année N-1	24%
					Présents en liste B l'année N-1	-
					Présents en liste C l'année N-1	-
	Analyse des résultats des candidats de la liste C par le taux de réussite aux EVC / %					
	Ensemble des candidats présents en liste C	74%	Primo-présents	71%		
			Présents l'année N-1	69%	Présents en liste A l'année N-1	79%
					Présents en liste B l'année N-1	100%
					Présents en liste C l'année N-1	66%

Une analyse des résultats des candidats, par le taux de réussite des EVC a été faite pour comprendre la différence d'habilité des candidats de différentes listes.

Concernant le taux de réussite des candidats de la liste A :

- Sur l'ensemble des candidats présents à la liste A en 2013, 18% des candidats ont été retenus ; ce taux est quasiment identique à celui de 2012, soit de 19%.
- Pour les candidats primo-présents, 16% ont été retenus, comme en 2012 ; ce taux est un peu plus bas que le taux de réussite de l'ensemble de candidats de la liste A.
- Concernant les candidats présents en 2013, et qui se sont aussi déjà présentés dans l'année N-1 (2012), le taux de réussite est de 24%, ils étaient par contre tous dans la liste A en 2012, il est évident que le taux de réussite des candidats qui se sont déjà présentés dans la liste A dans l'année précédente est supérieur à celui des candidats des autres profils.

Concernant le taux de réussite des candidats de la liste C :

- Sur l'ensemble des candidats présents à la liste C en 2013, 74% des candidats ont été retenus.
- Pour les candidats primo-présents, 71% des candidats ont été retenus, ce taux est inférieur au taux de réussite de l'ensemble des candidats de la liste C en 2013.
- Concernant les candidats présents en 2013, et aussi ceux qui se sont déjà présentés l'année N-1 (2012), le taux de réussite est de 69% ; parmi eux, le taux de réussite est de 79% pour les candidats d'ancienne liste A de l'année N-1 (2012) ; pour les candidats d'ancienne liste B de l'année N-1 (2012), le taux de réussite lorsqu'ils se sont présentés à la liste C en 2013 est de 100% ; pour les candidats d'ancienne liste C de l'année N-1 (2012), le taux de réussite lorsqu'ils se sont présentés à la liste C en 2012 est de 66% ; ce dernier chiffre est plus bas que ceux des autres profils des candidats de la liste C.
- Le taux de réussite des candidats qui se sont déjà présentés en liste A dans l'année N-1 (79%) est toujours supérieur à celui des autres candidats, sauf dans le cas des 2 candidats d'ancienne liste B qui s'étaient déjà présentés plusieurs fois en liste B et en liste C entre 2007 et 2012. Néanmoins, l'écart entre le taux de réussite des candidats qui se sont déjà présentés et ceux pour qui c'est une première fois est en train de diminuer. Par exemple, l'écart du taux de réussite des candidats ayant été déjà présentés dans l'année N-1, entre liste A et liste C, en 2012, a été de 35% (87% VS 53%, vu en tableau 2012) ; en 2013, ce chiffre est passé à 13% (79% VS 66%, vu en tableau 2013). Cela montre d'une part que la majorité des transferts de la liste A à la liste C été impacté par la loi 2012 qui a pris effet en 2012, et d'autre part que les candidats qui sont plus compétents aux EVC, transfert de la liste A à la liste C, se sont présentés en 2012.

5.3. Année 2014

5.3.1. Analyse générale

Tableau n°23 : analyse générale des candidats des 3 listes aux EVC en 2014

2014	Liste A				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de postes ouverts au concours	Taux de réussite
	4487	1990	44%	300	15%
	Liste C				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de reçus à l'examen	Taux de réussite
	719	583	81%	387	66%
	Liste B				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de reçus à l'examen	Taux de réussite
108	77	71%	18	24%	

Liste A :

Le nombre de candidats inscrits en liste A en 2014 a beaucoup augmenté, passant de 3746 en 2013 à 4487 en 2014, soit de 20% en plus ; le nombre de candidats présents en liste A en 2014 a aussi augmenté de 2% par rapport à 2013 (1990 VS 1586), passant de 42% à 44%. Le nombre de postes ouverts au concours reste le même, c'est-à-dire de 300, pour toutes spécialités ouvertes. Le taux de réussite recule de 15% pour deux raisons : d'une part, le nombre de présents augmente mais le nombre de postes ouverts reste le même ; d'autre part, le nombre de candidats pouvant satisfaire aux conditions de réussite de la liste A diminue.

Liste C :

Les cinq plus importants indicateurs diminuent de manière continue en 2014 :

7. Nombre d'inscrits de 1217 en 2013 à 719 en 2014 (- 41%).
8. Nombre de présents de 1044 en 2013 à 583 en 2014 (- 44%).
9. Taux de présence de 86% en 2013 à 81% en 2014
10. Nombre de reçus à l'examen de 768 en 2013 à 387 en 2014 (- 50%).
11. Taux de réussite de 74% en 2013 à 66% en 2014

Le nombre de candidats pouvant satisfaire aux conditions d'accès à l'examen de la liste C diminue nettement ; en effet, nous formulons l'hypothèse d'une extinction du nombre de candidats potentiels pour la liste C. Les médecins étrangers non régularisés sont en train de disparaître, car la loi 2012 continue de fonctionner.

Liste B :

Le nombre d'inscrits augmente, de 86 en 2013 à 108 en 2014 (+ 26%).

Le nombre de présents augmente aussi, de 58 en 2013 à 77 en 2014 (+ 33%).

Le taux de présence augmente à nouveau jusqu'à 71%.

Néanmoins, le nombre de reçus à l'examen diminue à 18, le taux de réussite est de 24% qui est beaucoup inférieur que celui de 2013 (40%) et celui de 2012 (34%).

5.3.2. Les candidats Syriens :

5.3.2.1. Le nombre de candidats syriens

Une analyse sur la liste B a été effectuée pour connaître les raisons d'une augmentation massive du nombre de candidats inscrits et présents. Nous constatons que parmi les 77 candidats présents en liste B en 2014, 40 candidats viennent de Syrie, soit 52%. La Guerre en Syrie a commencé en 2011 et semble le principal facteur de cette augmentation sur la liste B.

Tableau n°24 : analyse du nombre de candidats syriens présents entre 2011 et 2014

Année	2011	2012	2013	2014
Présents				
Nationalité				
Syrien	2	5	26	40
Total Liste B	56	59	59	77
%	4%	8%	44%	52%

5.3.2.2. Le taux de réussite aux EVC des candidats syriens

Le résultat d'une analyse du taux de réussite aux EVC entre les candidats syriens et la totalité des candidats de la liste B en 2014 montre que le taux de réussite des candidats syriens est supérieur que la totalité des candidats de la liste B.

(L'analyse approfondie des candidats ressortissants de la Syrie sera effectuée dans le chapitre V)

Tableau n°25 : analyse du taux de réussite aux EVC des candidats syriens dans la liste B par rapport à la totalité des candidats de la liste B en 2014

Année	2014
Présents % réussite	
Syrien	33%
Total Liste B	24%

5.3.3. Analyse du profil des candidats :

Tableau n°26 : analyse du profil des candidats de la liste A et C en 2014

2014	Profil des candidats de la liste A					
	Ensemble des candidats présents en liste A	1990	Primo-présents	1516		
			Présents l'année N-1	314	Présents en liste A l'année N-1	312
					Présents en liste B l'année N-1	0
					Présents en liste C l'année N-1	2
			Autres	160		
	Profil des candidats de la liste C					
	Ensemble des candidats présents en liste C	583	Primo-présents	219		
			Présents l'année N-1	203	Présents en liste A l'année N-1	35
					Présents en liste B l'année N-1	2
					Présents en liste C l'année N-1	166
			Autres	161		

Liste A :

1990 candidats présents dans la liste A en 2014 :

- 1516 sont primo-présents, soit 76%.
- 314 candidats se sont présentés l'année N-1 (2013) et parmi ceux-ci, 312 candidats se sont présentés en liste A, soit 99% ; comme en 2013, la quasi-totalité des candidats présents dans la liste A en 2014 se sont déjà présentés dans l'année N-1.
- 160 candidats se sont présentés dans les années « Autres », c'est-à-dire dans l'année N-2 ou antérieurement, soit entre 2012 et 2007.

Liste C :

Parmi les 583 candidats présents dans la liste C en 2014 :

- 583 candidats se sont présentés dans la liste C en 2014, un chiffre qui a diminué de 44% par rapport à celui de 2013 ; le nombre de candidats présents en liste est en diminution continue.
- 219 candidats sont dits primo-présents, soit 38% ; ce taux a diminué de 5% par rapport à 2013.
- 203 candidats se sont présentés l'année N-1 (2013) ; parmi eux, 35 candidats étaient en liste A, soit 17%. Il s'agit là du dernier transfert de la liste A à la liste C, impacté par la loi 2012 ; par contre, le taux d'inscrits a diminué de 5% par rapport l'année 2013 ; 166 candidats étaient en liste C, soit 82% ; ce taux a augmenté de 5% par rapport à 2013 et montre que la majorité des candidats présents dans la liste C en 2014 et s'ayant déjà présentés en 2013, étaient dans la même liste.

5.3.4. Analyse des résultats des candidats

Tableau n°27 : analyse des résultats des candidats de la liste A et C en 2014

2014	Analyse des résultats des candidats de la liste A par le taux de réussite aux EVC / %					
	Ensemble des candidats présents en liste A	15%	Primo-présents	13%		
			Présents l'année N-1	23%	Présents en liste A l'année N-1	23%
					Présents en liste B l'année N-1	-
					Présents en liste C l'année N-1	0%
	Analyse des résultats des candidats de la liste C par le taux de réussite aux EVC / %					
	Ensemble des candidats présents en liste C	66%	Primo-présents	64%		
			Présents l'année N-1	65%	Présents en liste A l'année N-1	69%
					Présents en liste B l'année N-1	50%
					Présents en liste C l'année N-1	64%

Une analyse des résultats des candidats, selon le taux de réussite des EVC a été aussi faite pour connaître la différence d'habilité des candidats de différentes listes.

Concernant le taux de réussite des candidats de la liste A :

- Sur l'ensemble des candidats présents à la liste A en 2014, 15% des candidats ont été retenus, ce taux est inférieur à celui de 2013 (18%) et de 2012 (19%).
- Pour les candidats primo-présents, 13% des candidats ont été retenus ; cela montre que d'une part, comme en 2013, ce taux est un peu plus bas que le taux de réussite de l'ensemble des candidats de la liste A, et d'autre part qu'il est inférieur à celui de 2013 (16%). Il apparaît que les praticiens de nouveaux arrivants à diplôme obtenu hors Union européenne ne sont pas si compétents aux EVC.
- Concernant les candidats présents en 2014 et ceux qui se sont déjà présentés dans l'année N-1 (2013), le taux de réussite est de 23% ; il est quasi-identique à celui de 2013.

Concernant le taux de réussite des candidats de la liste C :

- Sur l'ensemble des candidats présents à la liste C en 2014, 66% des candidats ont été retenus.
- Pour les candidats primo-présents, 64% des candidats ont été retenus, ce taux est inférieur au taux de réussite de l'ensemble de candidats de la liste C en 2014.
- Concernant les candidats présents en 2014, et aussi ceux qui se sont déjà présentés l'année N-1 (2013), le taux de réussite est de 65% ; parmi eux, le taux de réussite est de 69% pour les candidats d'ancienne liste A de l'année N-1 (2012) ; pour les candidats d'ancienne liste B de l'année N-1 (2012), le taux de réussite, lorsqu'ils se sont présentés à la liste C en 2013, est de 50% ; pour les candidats d'ancienne liste C de l'année N-1 (2012), le taux de réussite, lorsqu'ils se sont présentés à la liste C en 2012, est de 64%.
- Le taux de réussite des candidats ayant été déjà présentés en liste A dans l'année N-1 (69%) est toujours supérieur à celui des autres profils des candidats ; néanmoins, l'écart du taux de réussite entre la liste A et la liste C des candidats qui se sont déjà présentés a diminué de 5% (69% VS 64%). Il n'existe quasiment plus la différence entre ces deux profils de candidats en 2014 par rapport à la compétence aux EVC. L'avantage des candidats de l'ancienne liste A à la liste C sur les compétences aux EVC est en train de disparaître ; en effet, presque tous les candidats compétents et satisfaits à la condition de transfert de la liste A à la liste C ont été déjà retenus aux EVC.

5.4. Année 2015

5.4.1. Analyse générale

Tableau n°28 : analyse générale des candidats des 3 listes aux EVC en 2015

2015	Liste A				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de postes ouverts au concours	Taux de réussite
	4114	2269	55%	400	17%
	Liste C				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de reçus à l'examen	Taux de réussite
	529	455	86%	253	56%
	Liste B				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de reçus à l'examen	Taux de réussite
	126	95	75%	33	35%

Liste A :

- Le nombre de candidats inscrits en liste A en 2015 diminue légèrement, passant de 4487 en 2014 à 4114 en 2015. Le nombre de présents augmente, passant de 1990 en 2014 à 2269 en 2015. Le taux de présence augmente donc aussi, il est de 55%, plus élevé que 2014, qui était de 44%,
- Le nombre de postes ouverts au concours a augmenté de 300 à 400 ; en effet, c'est la première fois que le nombre de postes augmente, depuis 2012. Le taux de réussite a légèrement augmenté de 17% grâce à l'augmentation du nombre de postes au concours.

Liste C :

Nous constatons le même phénomène de la liste C en 2015 par rapport celui de 2014, en effet, quatre indices sur les cinq diminuent en 2015 :

- Nombre d'inscrits de 719 en 2014 à 529 en 2015 (- 26%).
- Nombre de présents de 583 en 2014 à 455 en 2015 (- 22%).
- Nombre de reçus à l'examen de 387 en 2014 à 253 en 2015 (- 35%).
- Taux de réussite de 66% en 2014 à 56% en 2015 (-10%).

Le seul indice qui a augmenté est le taux de présence qui a remonté jusqu'à 86% (+5%).

Le nombre de candidats pouvant satisfaire aux conditions d'accès à l'examen de la liste C continue de diminuer ; l'année 2015 est l'avant dernière année pour les candidats aux EVC, selon la loi 2012.

Liste B :

Tous les cinq indices augmentent en 2015 :

- Nombre d'inscrits de 108 en 2014 à 126 en 2015 (+ 17%).
- Nombre de présents de 77 en 2014 à 95 en 2015 (+ 23%).
- Taux de présence de 71% en 2014 à 75% en 2015.
- Nombre de reçus à l'examen de 18 en 2014 à 33 en 2015 (+ 83%).
- Taux de réussite de 24% en 2014 à 35% en 2015 (+ 11%).

Parmi les 95 candidats présents en liste B en 2015, 60 candidats sont des ressortissants syriens, soit 63% des candidats ; parmi les 33 candidats reçus, 28 candidats étaient des syriens, soit 85%.

Nous constatons une augmentation du nombre d'inscrits et de présents pour les candidats d'origine syrienne, de manière continue. Parmi les 33 candidats reçus en 2015, 85% étaient des candidats d'origine syrienne ; cela démontre un haut niveau de formation et de pratique en médecine en Syrie.

5.4.2. Analyse du profil des candidats :

Tableau n°29 : analyse du profil des candidats de la liste A et C en 2015

2015	Profil des candidats de la liste A					
	Ensemble des candidats présents en liste A	2269	Primo-présents	1520		
			Présents l'année N-1	519	Présents en liste A l'année N-1	510
					Présents en liste B l'année N-1	0
					Présents en liste C l'année N-1	9
	Autres	230				
	Profil des candidats de la liste C					
	Ensemble des candidats présents en liste C	455	Primo-présents	180		
			Présents l'année N-1	145	Présents en liste A l'année N-1	43
					Présents en liste B l'année N-1	1
					Présents en liste C l'année N-1	101
	Autres	130				

Liste A :

2269 candidats présents en liste A en 2015 :

- 1520 sont primo-présents, soit 67%.
- 519 candidats se sont présentés l'année N-1 (2014), parmi ceux-ci, 510 candidats se sont présentés en liste A, soit 98%.
- 230 candidats se sont présentés dans les années « Autres », ce qui veut dire dans l'année N-2 ou antérieurement, soit entre 2013 et 2007.

Liste C :

455 candidats étaient présents dans la liste C en 2015, soit une diminution de 22% par rapport à 2014, le nombre de présents des candidats de la liste C diminue doucement.

- 180 candidats sont dits primo-présents, soit 40%.
- 145 candidats se sont présentés l'année N-1 (2014), et parmi eux, 43 candidats étaient en liste A, soit 30% ; l'impact de la loi 2012 sur le transfert de la liste A à la liste C a commencé à se stabiliser à partir de 2013.
- 101 candidats étaient présents en liste C, soit 70%. Comme en 2014, la majorité des candidats présents dans la liste C en 2015, étaient dans la même liste de présents en 2014.

5.4.3. Analyse des résultats des candidats

Tableau n°30 : analyse des résultats des candidats de la liste A et C en 2015

2015	Analyse des résultats des candidats de la liste A par le taux de réussite aux EVC / %					
	Ensemble des candidats présents en liste A	17%	Primo-présents	13%		
			Présents l'année N-1	24%	Présents en liste A l'année N-1	24%
					Présents en liste B l'année N-1	-
					Présents en liste C l'année N-1	44%
	Analyse des résultats des candidats de la liste C par le taux de réussite aux EVC / %					
	Ensemble des candidats présents en liste C	56%	Primo-présents	56%		
			Présents l'année N-1	57%	Présents en liste A l'année N-1	60%
					Présents en liste B l'année N-1	0%
					Présents en liste C l'année N-1	56%

Une analyse des résultats des candidats, selon le taux de réussite des EVC a été aussi faite pour connaître la différence d'habilité des candidats de différentes listes.

Concernant le taux de réussite des candidats de la liste A :

- Sur l'ensemble des candidats présents sur la liste A en 2014, 17% des candidats ont été retenus, ce taux est supérieur à celui de 2014 (15%) mais inférieur à celui de 2013 (18%) et de 2012 (19%).
- Pour les candidats primo-présents, 13% des candidats ont été retenus ; il est identique à celui de 2014, les médecins étrangers de nouveaux arrivants ne sont toujours pas compétents.
- Concernant les candidats présents en 2015, et aussi déjà présentés dans l'année N-1 (2014), le taux de réussite est de 24% ; il est quasi-identique à celui de 2014.

Concernant le taux de réussite des candidats de la liste C :

- Sur l'ensemble des candidats présents à la liste C en 2015, 56% des candidats ont été retenus, diminuant encore de 10% par rapport à celui de 2014.
- Pour les candidats primo-présents, 56% ont été retenus ; ce taux est inférieur au taux de réussite de l'ensemble des candidats de la liste C en 2015 (-8%).
- Concernant les candidats présents en 2015, et aussi déjà présentés l'année N-1 (2014), le taux de réussite est de 57%, diminuant de 8% par rapport à 2014; parmi eux, le taux de réussite est de 60% pour les candidats d'ancienne liste A de l'année N-1 (2014) ; pour les candidats d'ancienne liste B de l'année N-1 (2014), le taux de réussite lorsqu'ils se sont présentés à la liste C en 2015 est de 0% ; pour les candidats d'ancienne liste C de l'année N-1 (2014), le taux de réussite lorsqu'ils se sont présentés à la liste C en 2015 est de 56%.
- Le taux de réussite des candidats ayant été déjà présentés en liste A dans l'année N-1 (60%) est toujours supérieur à celui des autres profils des candidats, comme les années précédentes ; néanmoins, comme en 2014, l'écart du taux de réussite entre la liste A et la liste C des candidats ayant été déjà présentés diminue, il est de 5% (60% VS 56%). Comme en 2014, il n'existe quasiment plus de différence entre ces deux profils de candidats par rapport à la compétence aux EVC. En effet, le taux de réussite de chaque profil de candidats diminue dans la liste C en 2015.

5.5. Année 2016

5.5.1. Analyse générale

Tableau n°31: analyse générale des candidats des 3 listes aux EVC en 2016

2016	Liste A				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de postes ouverts au concours	Taux de réussite
	5537	2763	50%	450	16%
	Liste C				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de reçus à l'examen	Taux de réussite
	441	388	88%	239	62%
	Liste B				
	Nombre d'inscrits	Nombre de présents	Taux de présence	Nombre de reçus à l'examen	Taux de réussite
	169	123	73%	50	41%

Liste A :

Le nombre de candidats inscrits dans la liste A en 2015 augmente, passant de 4114 candidats en 2015 à 5537 candidats en 2016, soit de 35% en plus. Le nombre de candidats présents augmente aussi, passant de 2269 en 2015 à 2763 en 2016, soit de 22% en plus. Le taux de présence est de 50%, moins élevé par rapport à celui de 2015 qui était de 55%.

En 2016, le nombre de postes ouverts au concours continue à augmenter, de 400 à 450. Le taux de réussite est de 16% qui est quasi-identique que celui de 2015.

Liste C :

Le nombre d'inscrits, le nombre de présents, le nombre de réussite de la liste C en 2016 diminue :

- Nombre d'inscrits de 529 en 2015 à 441 en 2016 (- 17%).
- Nombre de présents de 455 en 2015 à 388 en 2016 (- 15%).
- Nombre de réussite de 253 en 2015 à 239 en 2016 (- 6%).

Le stock de médecins à diplôme hors Union européenne non régularisés est en extinction, en effet, selon la loi 2012, 2016 est la dernière année pour les médecins étrangers à participer aux EVC.

Le taux de présence et le taux de réussite augmente :

- Taux de présence de 86% en 2015 à 88% en 2016.
- Taux de réussite de 56% en 2015 à 62% en 2016.

Liste B :

Les résultats d'analyse montrent que :

- Nombre d'inscrits de 126 en 2015 à 169 en 2016 (+ 34%).
- Nombre de présents de 95 en 2015 à 123 en 2016 (+ 29%).
- Nombre de reçus à l'examen de 33 en 2015 à 50 en 2016 (+ 52%).
- Taux de réussite de 35% en 2015 à 41% en 2016 (+6%).

Le taux de présence est le seul qui diminue, passant de 75% en 2015 à 73%.

Nous constatons que le nombre d'inscrits et le nombre de présents continue à augmenter, et que le taux de présence diminue mais reste stable. Le nombre de réussite augmente, soit de 52% en plus par rapport celui de 2015, le taux de réussite augmente aussi.

Parmi les 123 candidats présents en liste B en 2016, 70 candidats sont des syriens, soit 57% ; parmi les 50 candidats reçus, 33 candidats sont des syriens, soit 66%.

Comme en 2015, les syriens occupent toujours une majorité dans les candidats de la liste B, soit 57% des candidats présents et 66% des candidats reçus.

Le taux de réussite des syriens a reculé par rapport celui de 2015 (66% en 2016 VS 85% en 2015), mais ce résultat montre toujours le haut niveau de formation et de pratique en médecine des candidats de ce pays.

5.5.2. Analyse du profil des candidats :

Tableau n°32 : analyse du profil des candidats de la liste A et C en 2016

2016	Profil des candidats de la liste A					
	Ensemble des candidats présents en liste A	2763	Primo-présents	1860		
			Présents l'année N-1	626	Présents en liste A l'année N-1	618
					Présents en liste B l'année N-1	1
					Présents en liste C l'année N-1	7
	Autres	277				
	Profil des candidats de la liste C					
	Ensemble des candidats présents en liste C	388	Primo-présents	132		
			Présents l'année N-1	156	Présents en liste A l'année N-1	28
					Présents en liste B l'année N-1	-
					Présents en liste C l'année N-1	128
	Autres	100				

Liste A :

2763 candidats présents dans la liste A en 2016 :

- 1860 sont primo-présents, soit 67%.
- 626 candidats se sont déjà présentés l'année N-1 (2015), parmi ceux-ci, 618 candidats se sont présentés en liste A, soit 99%.
- 277 candidats se sont présentés dans les années « Autres », ce qui veut dire dans l'année N-2 ou antérieurement, soit entre 2014 et 2007.

Liste C :

- 388 candidats présents dans la liste C en 2016.
- 132 candidats sont dits primo-présents, soit 34%.
- 156 candidats se sont déjà présentés l'année N-1 (2015) ; parmi eux, 28 candidats étaient en liste A, soit 18%. Il s'agit là du dernier transfert de la liste A à la liste C.

- 128 candidats étaient en liste C, soit 82%, par rapport 2015 ; ce taux a augmenté 12%, la majorité des candidats présents dans la liste C en 2016, étaient dans la même liste de présents en 2015.

- 100 candidats se sont présentés dans les années « Autres », ce qui veut dire dans l'année N-2 ou antérieurement, soit entre 2014 et 2007.

5.5.3. Analyse des résultats des candidats

Tableau n°33 : analyse des résultats des candidats de la liste A et C en 2016

2016	Analyse des résultats des candidats de la liste A par le taux de réussite aux EVC / %					
	Ensemble des candidats présents en liste A	16%	Primo-présents	14%		
			Présents l'année N-1	20%	Présents en liste A l'année N-1	21%
					Présents en liste B l'année N-1	0%
					Présents en liste C l'année N-1	0%
	Analyse des résultats des candidats de la liste C par le taux de réussite aux EVC / %					
	Ensemble des candidats présents en liste C	62%	Primo-présents	58%		
			Présents l'année N-1	63%	Présents en liste A l'année N-1	82%
					Présents en liste B l'année N-1	-
					Présents en liste C l'année N-1	59%

L'année 2016 met fin à la loi 2012. Par rapport aux candidats de transfert de la liste A à la liste C qui ont été impactés par la loi 2012, tous sont habilités et ont satisfaits aux EVC de l'ancienne liste A. Ils se sont présentés durant les trois premières années de l'exécution de la loi 2012 : 2012, 2013, 2014, et le taux de réussite des candidats transfert de la liste A à la liste C a diminué.

Concernant le taux de réussite des candidats de la liste A :

- Sur l'ensemble des candidats présents sur la liste A en 2016, 16% des candidats ont été retenus, ce taux est quasi-identique à celui de 2015, qui était de 17%.
- Pour les candidats primo-présents, 14% des candidats ont été retenus ; ce chiffre est aussi quasi-identique à ceux de 2015 et 2014. Le taux de réussite des nouveaux arrivants reste stable.
- Concernant les candidats présents en 2016, et aussi déjà présentés dans l'année N-1 (2015), le taux de réussite est de 20%, il est un peu plus inférieur à celui de 2015. Pour ceux qui ont été retenus, ils étaient tous dans la liste A de l'année N-1 (2015). Aucun candidat sortant de liste B et C de l'année N-1 (2015) a réussi aux EVC en 2016, dans la liste A.

Concernant le taux de réussite des candidats de la liste C :

- Sur l'ensemble des candidats présents à la liste C en 2015, 62% des candidats ont été retenus, une augmentation de 6% par rapport à 2015.
- Pour les candidats primo-présents, 58% des candidats ont été retenus ; ce taux est un peu plus supérieur à celui de l'ensemble des candidats de la liste C en 2015 (+2%).
- Concernant les candidats présents en 2016, et aussi déjà présentés l'année N-1 (2015), le taux de réussite est de 63%. Il a augmenté de 6% par rapport à celui de 2015 ; parmi eux, le taux de réussite est de 82% pour les candidats d'ancienne liste A

de l'année N-1 (2015), augmentant de 22%. Les candidats d'ancienne liste A qui peuvent être satisfait aux conditions de participation à la liste C préfèrent tenter une dernière fois les EVC ; pour les candidats d'ancienne liste C de l'année N-1 (2015), le taux de réussite lorsqu'ils se sont présentés à la liste C en 2015 est de 59%, un taux qui a été augmenté de 3% par rapport à 2015.

6. Analyse qualitative des 3 listes d'inscription à la Procédure d'Autorisation d'Exercice

A la place d'une analyse quantitative transversale de tous les candidats de la PAE aux EVC par année dans « la sixième partie », une analyse quantitative verticale de tous les candidats des trois listes, a été faite afin de connaître l'évolution des candidats dans les trois listes, leur tendance, et la future des trois listes de la PAE.

6.1. Analyse des candidats inscrits

On observe d'abord l'évolution du nombre de candidats inscrits dans les listes A, B et C de 2012 à 2016.

Tableau N°34 : le nombre de candidats inscrits dans les trois listes aux EVC entre 2012 et 2016

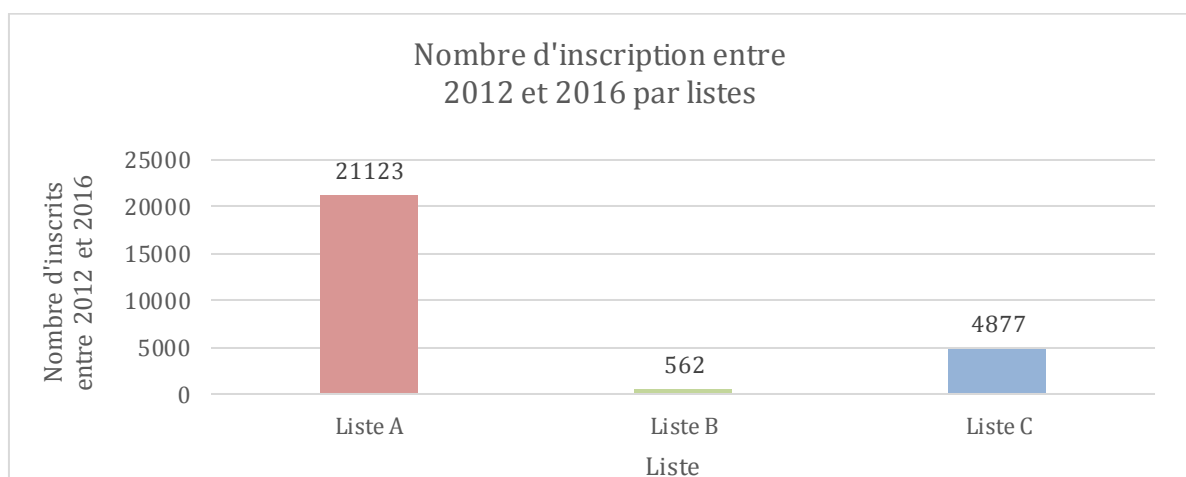
Liste Année	Liste A	Liste B	Liste C	Total
2012	3239	73	1971	5283
2013	3746	86	1217	5049
2014	4487	108	719	5314
2015	4114	126	529	4769
2016	5537	169	441	6147
Total	21123	562	4877	26562

Source: Centre National de Gestion

Les deux listes recueillant le plus grand nombre de candidats de la PAE sont les listes A et C (*graphique n°11*), pour toutes spécialités confondues.

Les résultats montrent qu'au total, sur une période de 5 ans entre 2012 et 2016, 26562 inscriptions aux EVC à la Procédure d'Autorisation d'Exercice (le nombre de candidats inscrits est inférieur car certains candidats se sont inscrits plusieurs fois). La tendance du nombre d'inscrits augmente par année, en 2016, 6147 candidats se sont inscrits aux EVC, les candidats de la liste A possède la majorité des candidats inscrits.

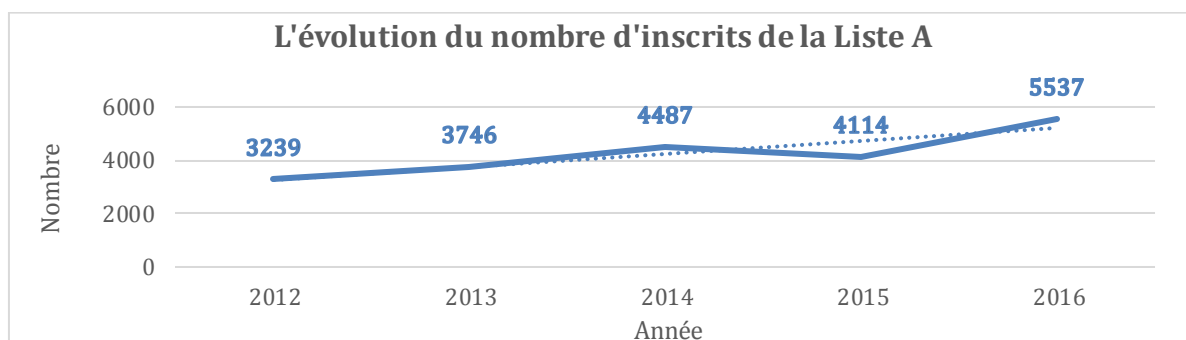
Graphique n° 11 : le nombre d'inscription entre 2012 et 2016 par listes



Liste A :

La liste A recueille le plus grand nombre de candidats inscrits pendant 5 ans (21123 inscriptions). La tendance du nombre d'inscrits augmente.

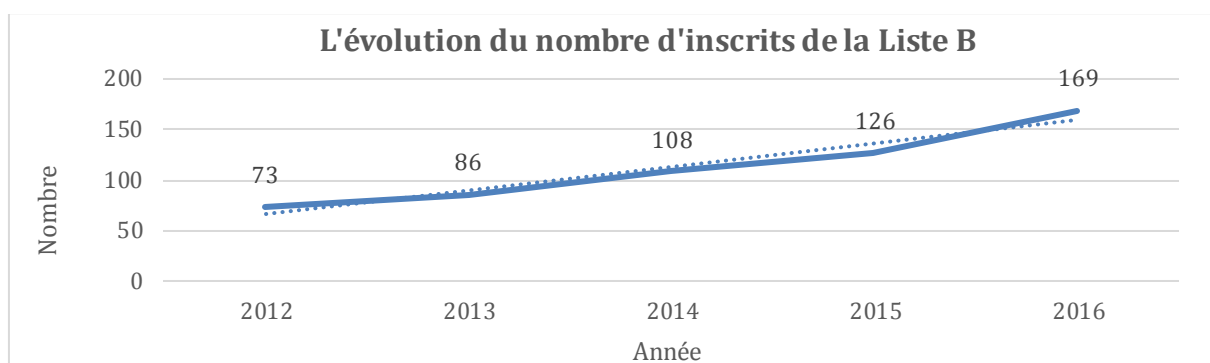
Graphique n° 12 : l'évolution du nombre d'inscrits de la Liste A



Liste B :

La liste B recueille au total 562 inscriptions sur 5 ans. Le nombre d'inscrits augmente progressivement, année après année, mais la liste B reste parmi les trois listes de la PAE celle qui compte le plus petit nombre d'inscrits.

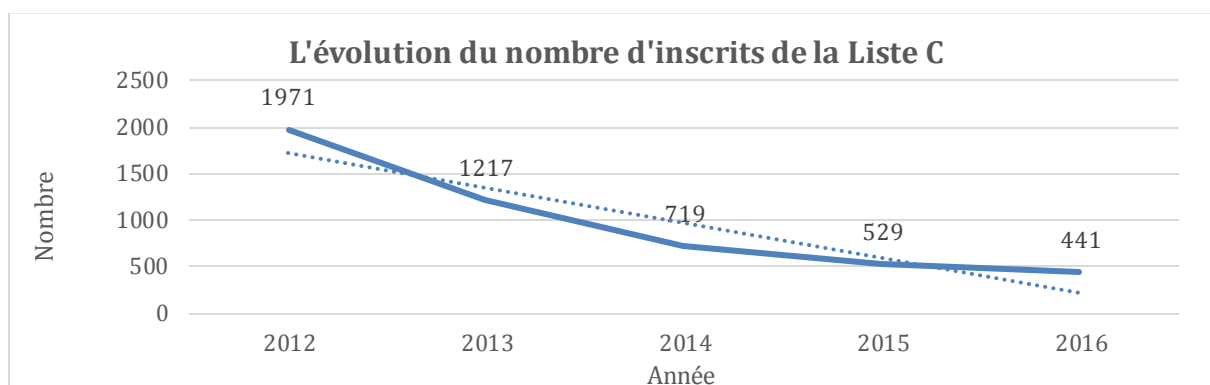
Graphique n° 13 : l'évolution du nombre d'inscrits de la Liste B



Liste C :

La liste C recueille 4884 inscriptions pendant 5 ans. Le nombre d'inscrits diminue, pour la dernière année et seuls 442 candidats se sont inscrits en liste C.

Graphique n° 14 : l'évolution du nombre d'inscrits de la Liste C



6.2. Analyse des candidats présents

On observe, par la suite, l'évolution du nombre de candidats présents dans les listes A, B et C de 2012 à 2016, pour savoir s'il existe une évolution différente de celle du nombre des candidats inscrits.

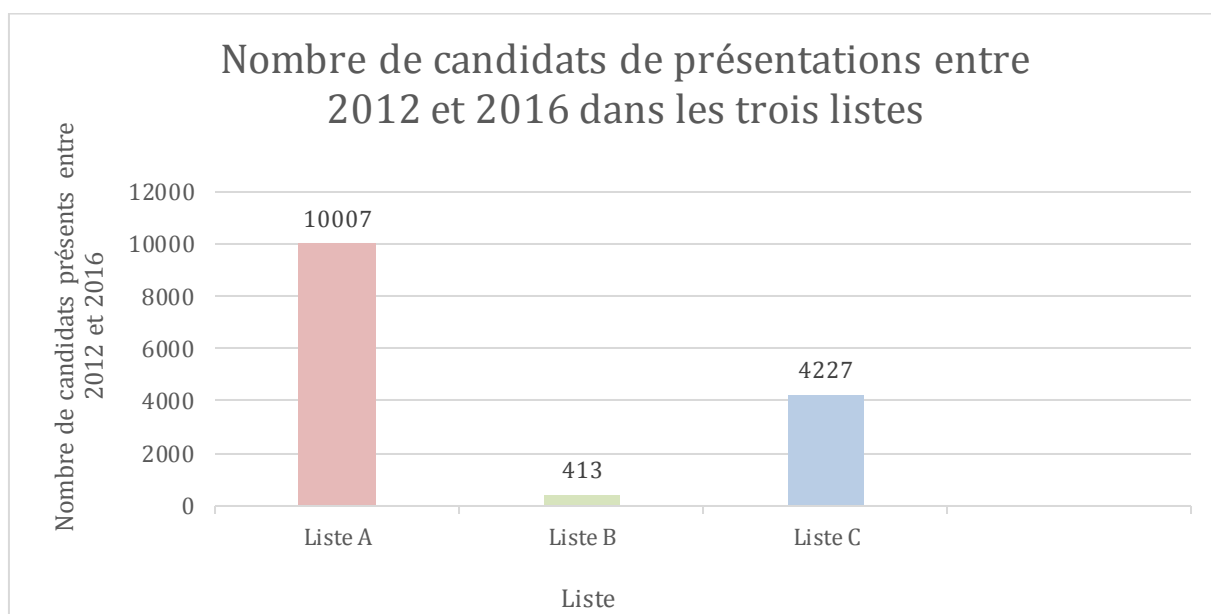
Tableau n°35 : le nombre de candidats présents dans les trois listes aux EVC entre 2012 et 2016

Liste Année	Liste A	Liste B	Liste C	Total
2012	1399	59	1757	3215
2013	1586	59	1044	2689
2014	1990	77	583	2650
2015	2269	95	455	2819
2016	2763	123	388	3274
Total	10007	413	4227	14647

La liste A recueille le plus grand nombre de candidats présents pendant 5 ans (10007 présentations). Le nombre de candidats présents augmente progressivement, année par année.

Au total, depuis l'exécution de la nouvelle loi 2012 de la PAE, entre 2012 et 2016, pendant 5 ans, on observe 14647 présentations aux EVC à la Procédure d'Autorisation d'Exercice (le nombre des candidats présents est inférieur car certains candidats se sont présentés plusieurs fois). Chaque année, le nombre de candidats présents dans les trois listes est d'environ 3000 (tableau n°35). La liste A possède la majorité des candidats présents (graphique n°15).

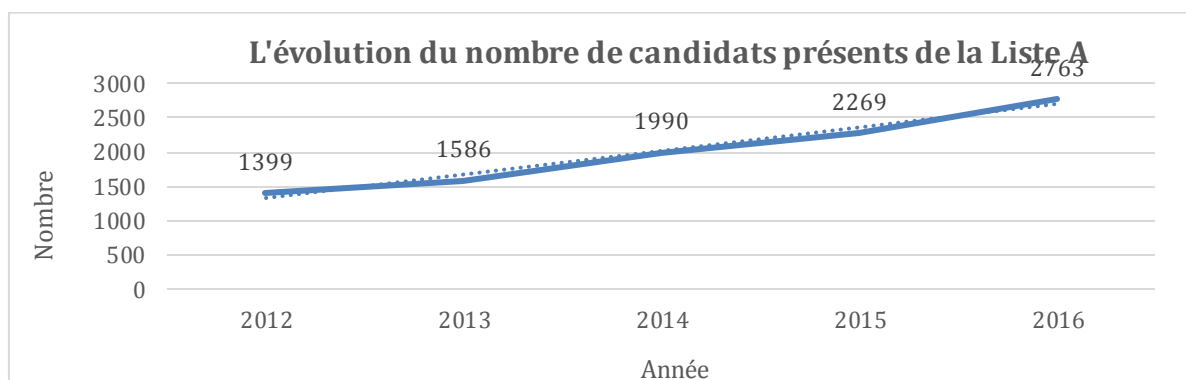
Graphique n° 15 : le nombre candidats de présentations entre 2012 et 2016 dans les trois listes



Liste A :

La liste A recueille le plus grand nombre de candidats présents pendant 5 ans. La tendance du nombre présents augmente.

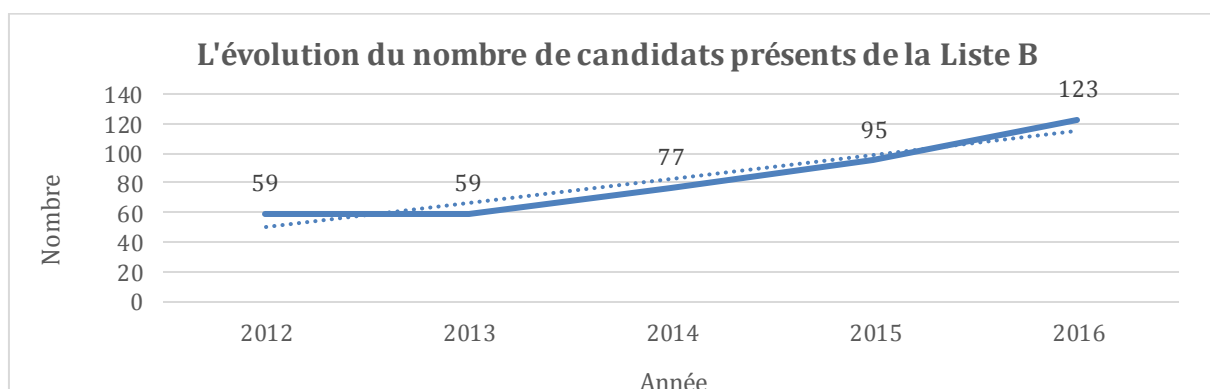
Graphique n° 16 : l'évolution du nombre de candidats présents de la Liste A



Liste B :

Le courbe de la liste B augmente mais la liste B recueille un nombre très limité de candidats, pour l'ensemble de la PAE toute spécialités confondues. Au total, entre 2012 et 2016, on observe 413 présentations dans la liste B (tableau n°35).

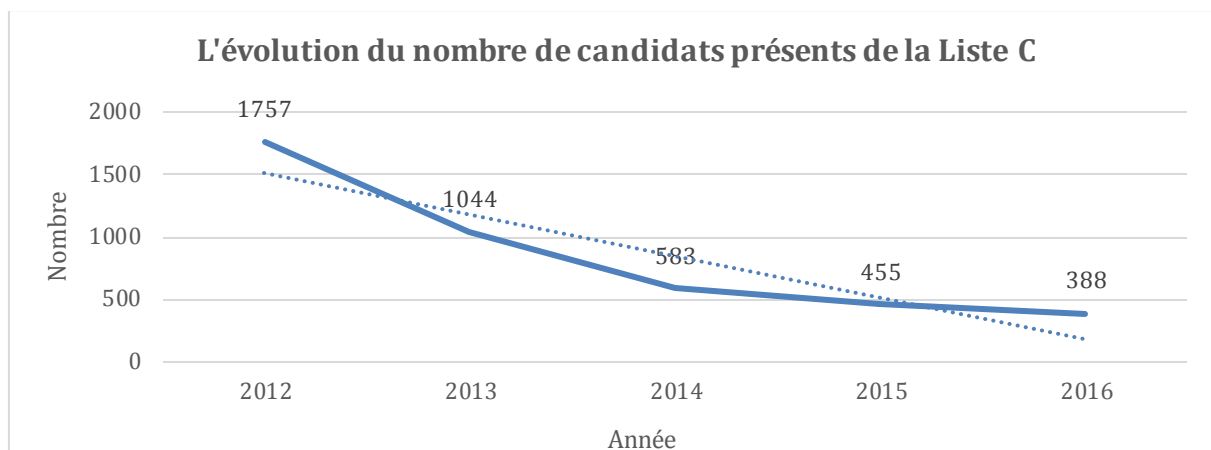
Graphique n° 17 : L'évolution du nombre de candidats présents de la Liste B



Liste C :

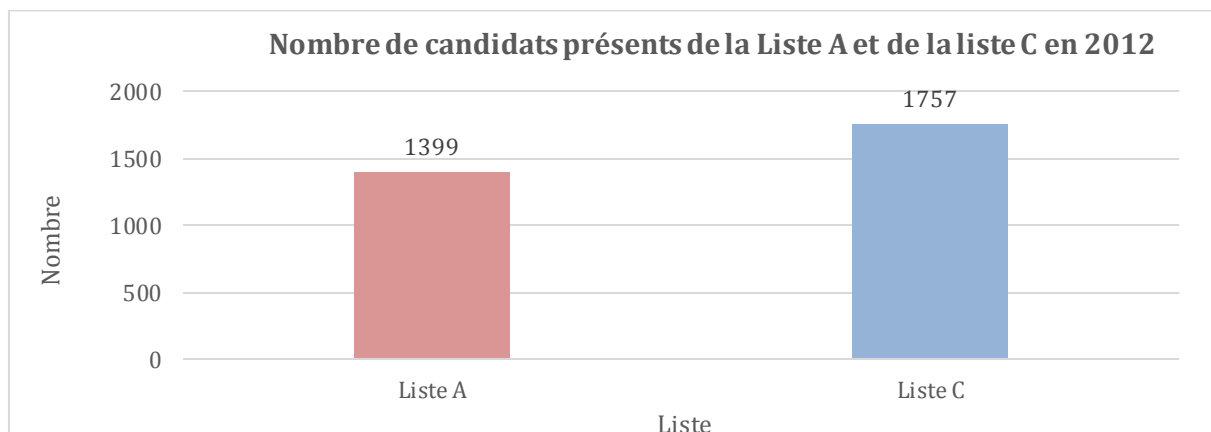
La courbe de la liste C diminue, pour l'année 2016, seuls 388 candidats se sont présentés en liste C. On observe 4227 présentations dans cette liste entre 2012 et 2016 (tableau n°35).

Graphique n° 18 : l'évolution du nombre de candidats présents de la Liste C



Le nombre de candidats présents de la liste C en 2012 est de 1757 (graphique n°19), un chiffre remarquable du fait qu'il soit beaucoup plus élevé que celui de la liste A de la même année. Ce chiffre est une conséquence de la loi 2012 qui a élargi le périmètre des candidats pouvant se présenter à la liste C à partir de 2012 et qui a permis un transfert des candidats présents de la liste A à la liste C.

Graphique n° 19 : le nombre de candidats présents de la Liste A et de la liste C en 2012



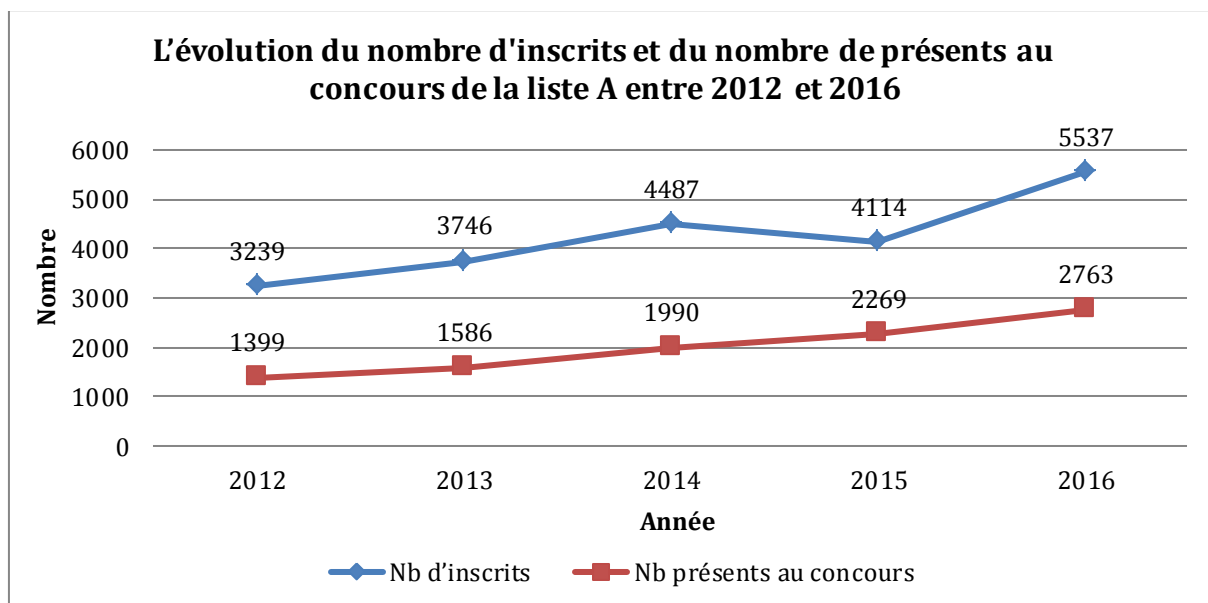
6.3. Evolution du nombre de candidats présents en liste A aux EVC de la Procédure d'Autorisation d'Exercice

6.3.1. L'évolution de l'état général (nombre d'inscrits ; nombre de candidats présents au concours ; taux de présence) de la liste A, entre 2012 et 2016

Tableau n° 36 : l'évolution de l'état général (nombre d'inscrits ; nombre de candidats présents au concours ; taux de présence) de la liste A, entre 2012 et 2016

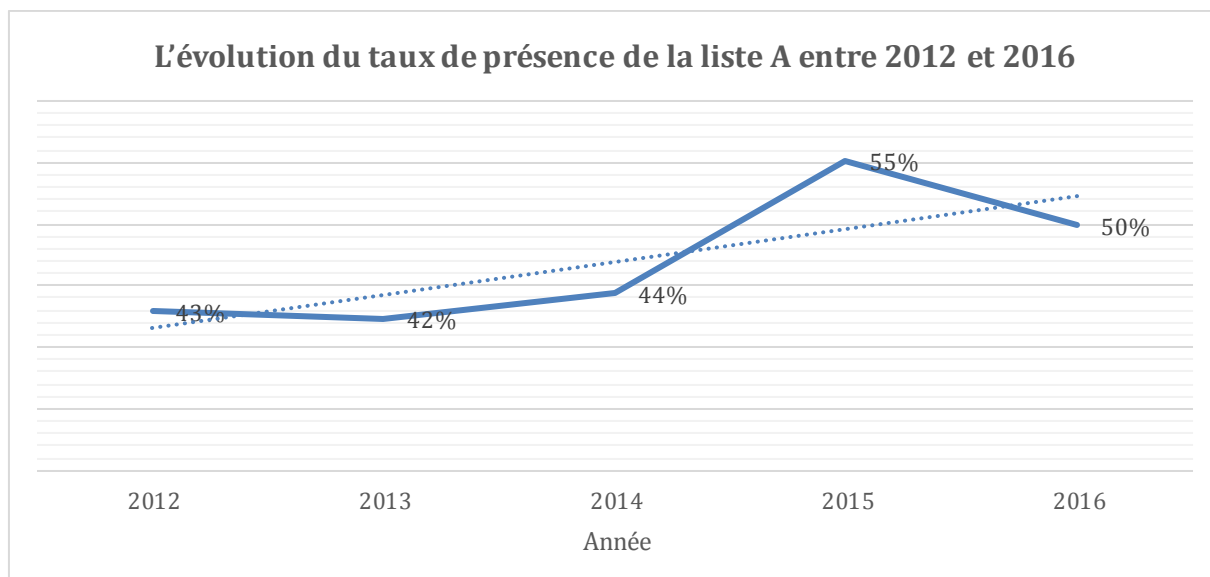
		Liste A		
Année	Présence	Nombre de candidats inscrits au concours	Nombre de candidats présents au concours	Taux de présence
	2012		3239	1399
2013		3746	1586	42%
2014		4487	1990	44%
2015		4114	2269	55%
2016		5537	2763	50%

Graphique n° 20 : l'évolution du nombre d'inscrits et du nombre de présents au concours de la liste A entre 2012 et 2016



Nous constatons, de manière globale, une augmentation progressive du nombre de candidats inscrits et du nombre de candidats présents au concours en liste A de 2012 à 2016, sachant que le nombre de postes ouverts à la liste A augmente de 300 à 450, de 2012 à 2016 ; on considère cette augmentation est normale et fiable.

Graphique n° 21 : l'évolution du taux de présence de la liste A entre 2012 et 2016



La tendance linéaire (*graphique n° 21*) du taux de présence en liste A augmente aussi. En effet, ce taux est quasiment stable entre 2012 et 2014, il augmente de 11% en 2015 et jusqu'à 55% (ce phénomène est impacté par la diminution du nombre de candidats inscrits avec l'augmentation du nombre de candidats présents), puis redescend à 50% en 2016.

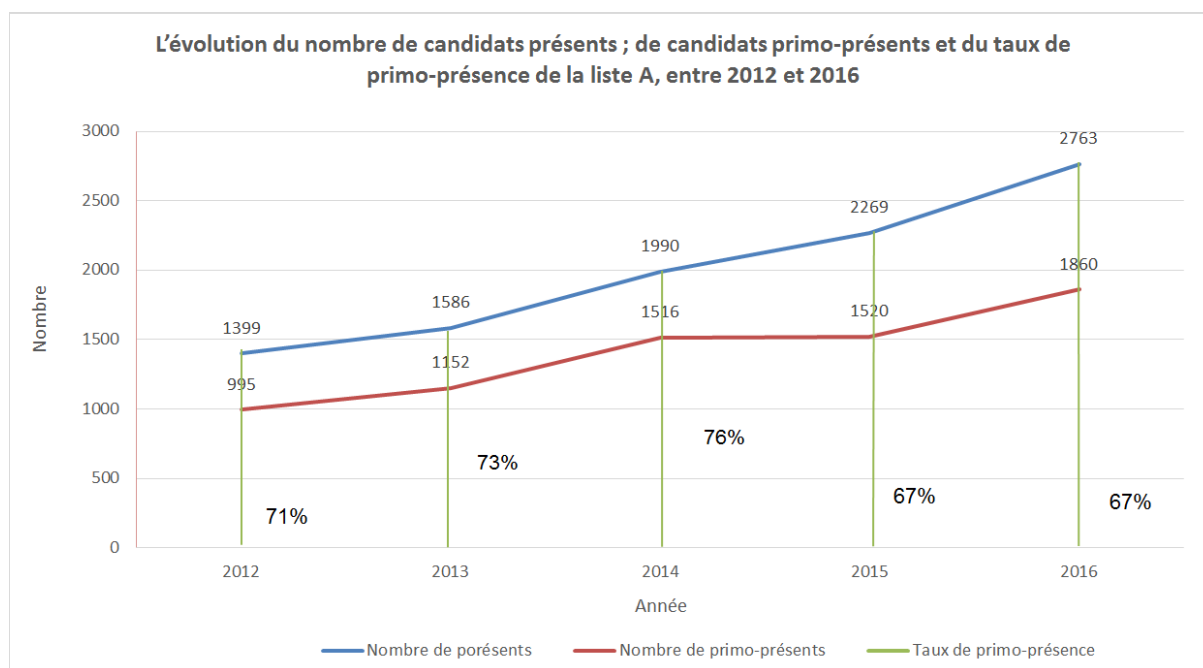
6.3.2. L'évolution du nombre de candidats présents, de candidats primo-présents et du taux de primo-présence de la liste A, entre 2012 et 2016

Nous analysons l'évolution du nombre de candidats primo-présents au concours de la liste A entre 2012 et 2016.

Tableau n°37 : l'évolution du nombre de candidats présents ; primo-présents et du taux de primo-présence de la liste A, entre 2012 et 2016

Liste A			
Présence Année	Nb présents au concours	Nb Primo-présents	Taux de Primo- présence
2012	1399	995	71%
2013	1586	1152	73%
2014	1990	1516	76%
2015	2269	1520	67%
2016	2763	1860	67%

Graphique n° 22 : l'évolution du nombre de candidats présents ; de candidats primo-présents et du taux de primo-présence de la liste A, entre 2012 et 2016



Le nombre de candidats primo-présents en liste A de 2012 à 2016 est en augmentation continue, comme la tendance du nombre de présents globaux. Néanmoins, avec le résultat d'analyse de leur taux de présence, nous observons que ce taux augmente de 2012 à 2014 (pendant 3 ans) et chute en 2015 avant de se stabiliser en 2016. Cela s'explique par le nombre de candidats qui ont pu satisfaire aux conditions d'accès au concours de la liste A et qui se sont présentés les premières trois années à compter de 2012. A partir de l'année 2015, le taux chute de presque 10% et le nombre de candidats présents pour la 2^{ème} et 3^{ème} fois augmente.

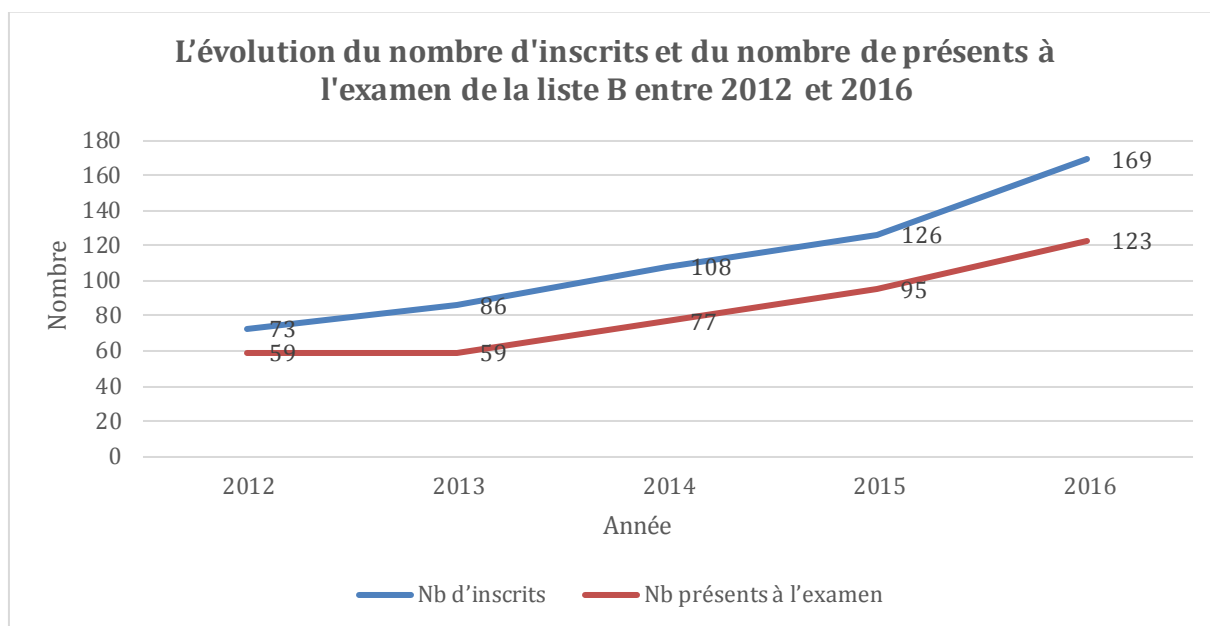
6.4. Evolution du nombre de candidats présents en liste B aux EVC de la Procédure d'Autorisation d'Exercice

6.4.1. L'évolution de l'état général (nombre d'inscrits ; nombre de présents à l'examen ; taux de présence) de la liste B, entre 2012 et 2016

Tableau n° 38 : l'évolution de l'état général (nombre d'inscrits ; nombre de présents à
l'examen ; taux de présence) de la liste B, entre 2012 et 2016

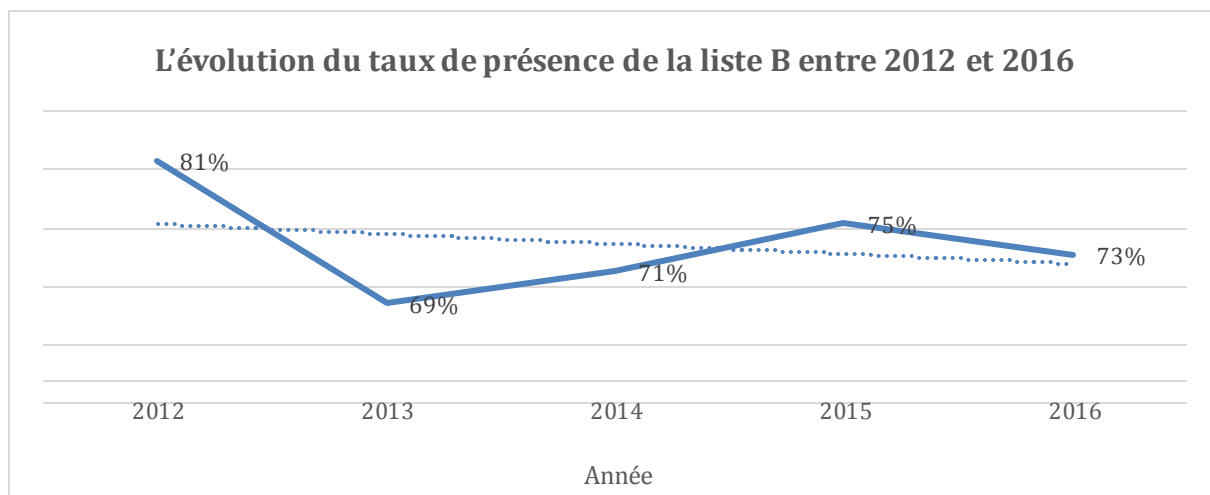
Liste B			
Présence Année	Nb d'inscrits	Nb présents à l'examen	Taux de présence
2012	73	59	81%
2013	86	59	69%
2014	108	77	71%
2015	126	95	75%
2016	169	123	73%

Graphique n° 23 : l'évolution du nombre d'inscrits et du nombre de présents à l'examen de la liste B entre 2012 et 2016



Nous constatons, de manière globale, une tendance d'augmentation progressive du nombre de candidats inscrits et du nombre de candidats présents à l'examen en liste B de 2012 à 2016.

Graphique n° 24 : l'évolution du taux de présence de la liste B entre 2012 et 2016



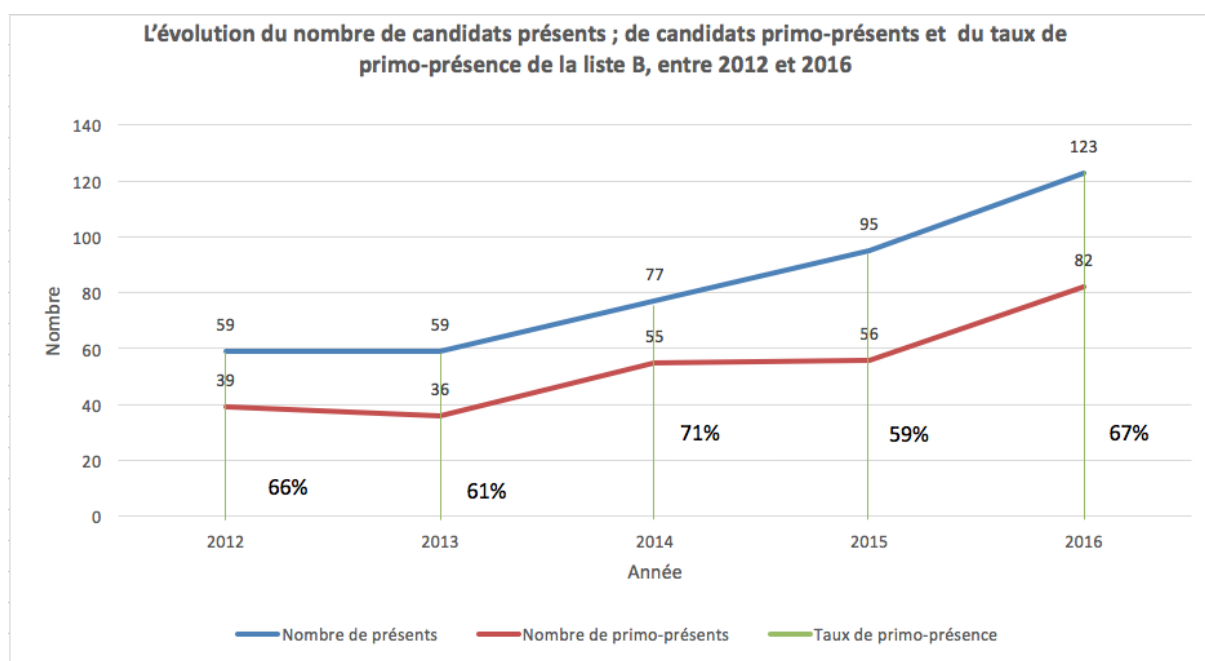
La tendance linéaire (*graphique n° 24*) du taux de présence de la liste B diminue. En effet, ce taux chute de 12% en 2013 par rapport 2012, ré-augmente doucement de 2013 à 2015 puis re-diminue en 2016 ; cette dernière année, le taux de présence est de 73%.

6.4.2. L'évolution du nombre de candidats présents, de candidats primo-présents et du taux de primo-présence de la liste B, entre 2012 et 2016

Tableau n° 39 : l'évolution du nombre de candidats présents ; primo-présents et du taux de primo-présence de la liste B, entre 2012 et 2016

Liste B			
Présence Année	Nb présents à l'examen	Nb Primo-présents	Taux de primo-présence
2012	59	39	66%
2013	59	36	61%
2014	77	55	71%
2015	95	56	59%
2016	123	82	67%

Graphique n° 25 : l'évolution du nombre de candidats présents ; de candidats primo-présents et du taux de primo-présence de la liste B, entre 2012 et 2016



Par rapport au nombre de candidats présents en liste B, il est en augmentation continue de 2012 à 2016 ; pour la dernière année, 123 candidats se sont présentés en liste B.

On constate que le nombre de candidats primo-présents en liste B de 2012 à 2016 est en augmentation ; le nombre de candidats primo-présents en 2012 était de 39 personnes, contre 82 personnes en 2016 augmentant de 210%. Si on étudie l'évolution par année, on remarque qu'il existe deux augmentations rapides. La première est constatée en 2014, où 55 candidats présents étaient primo-présents, beaucoup plus nombreux que ceux de l'année précédente qui comptait 36 candidats primo-présents. La deuxième augmentation rapide a été en 2016, où les 82 candidats présents étaient primo-présents, contre 56 pour l'année précédente.

Concernant le taux de primo-présence, il est plutôt variable. Ce taux était de 66% en 2012. Il a diminué à 61% l'année suivante, augmenté à 71% en 2014, puis a chuté à 59% en 2015. Pour la dernière année, ce taux a récupéré 8% d'augmentation et a atteint 67%.

Pour comprendre cette variation, on a fait une recherche sur la composition des candidats de la liste B (épisode 12.3).

6.4.3. La composition de la liste B de 2012 à 2016

On a fait une recherche sur la composition des candidats de la liste B de 2012 à 2016, par leur nationalité d'origine.

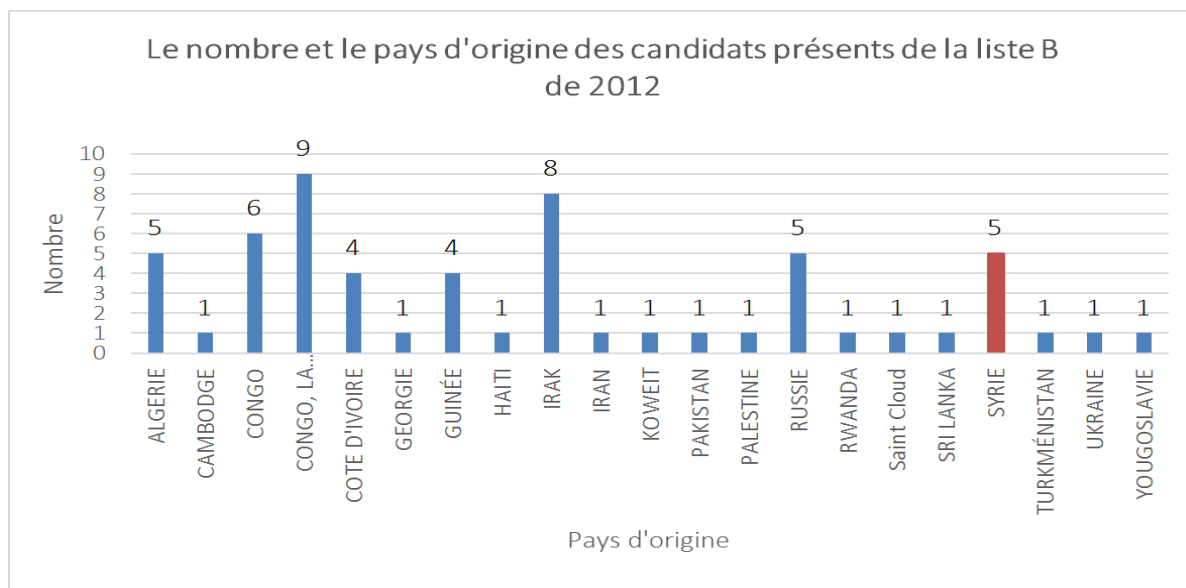
On observe dans le tableau n° 40 que le nombre de pays d'où sont originaires les candidats présents de la liste B est autour de 20, et qu'il est passé à 25 cette dernière année.

Tableau n° 40 : le nombre de pays de candidats présents de la liste B, entre 2012 et 2016

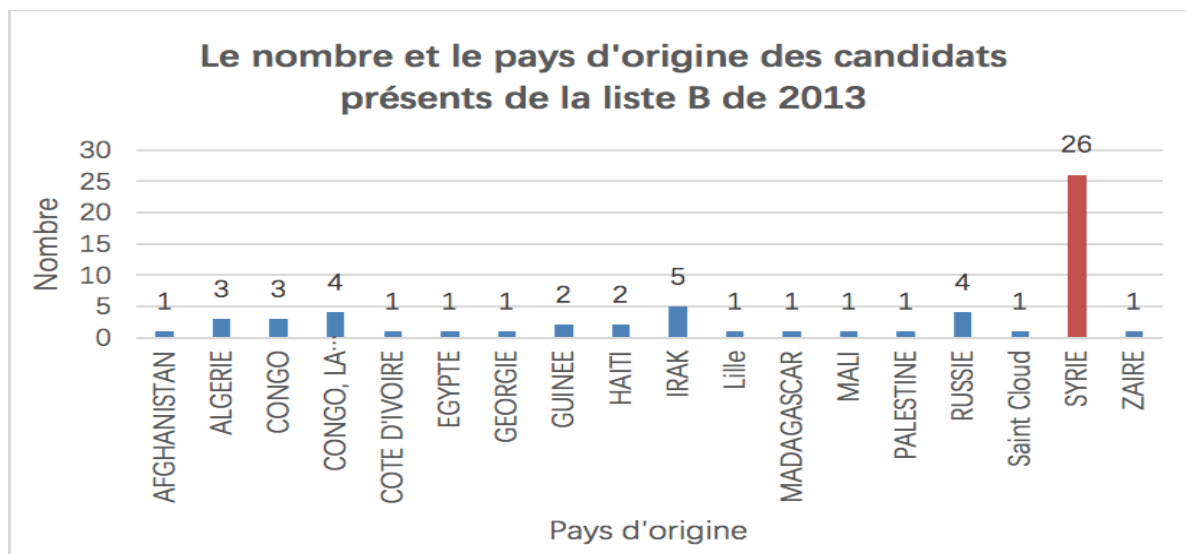
Année	Nb de pays de candidats de la liste B
2012	22
2013	18
2014	19
2015	18
2016	25

Afin de connaître l'évolution du nombre de pays d'origine des candidats présents dans la liste B entre 2012 et 2016, une autre recherche (*graphique n°26-n°30*) a été faite pour montrer une vision globale.

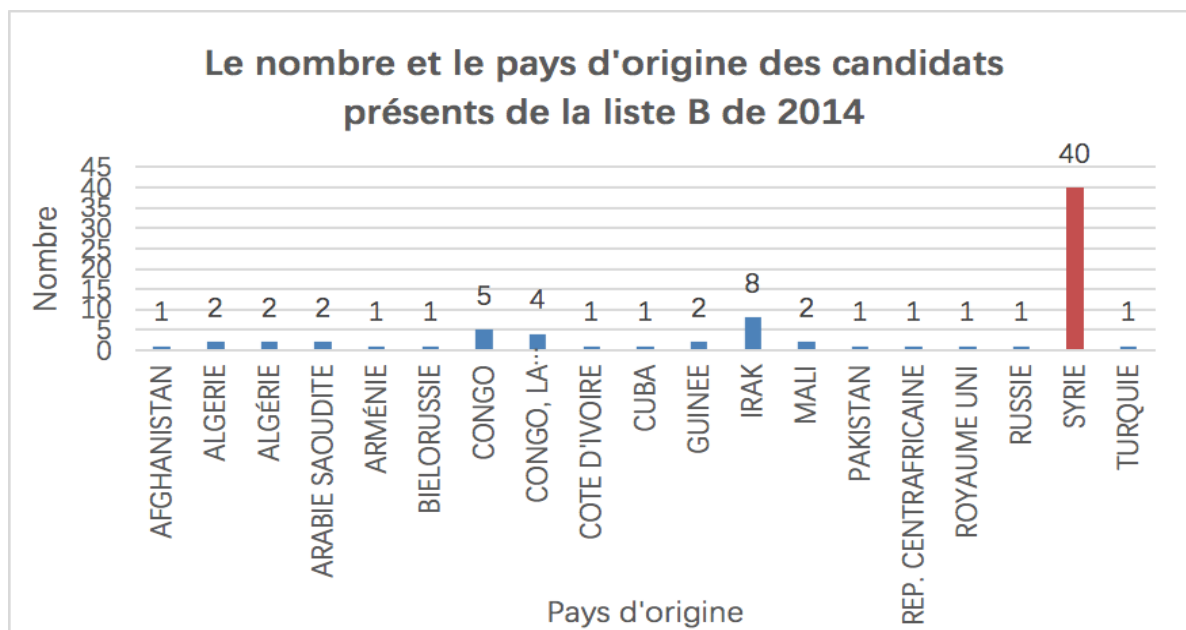
Graphique n° 26 : le nombre et le pays d'origine des candidats présents de la liste B de 2012



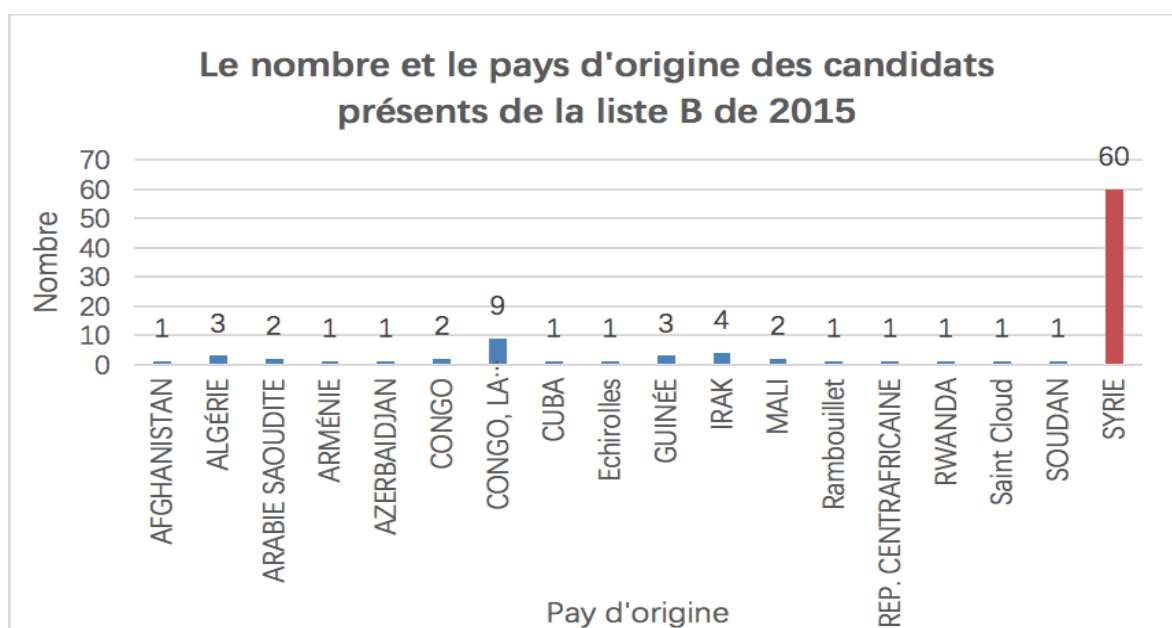
Graphique n° 27 : le nombre et le pays d'origine des candidats présents de la liste B de 2013



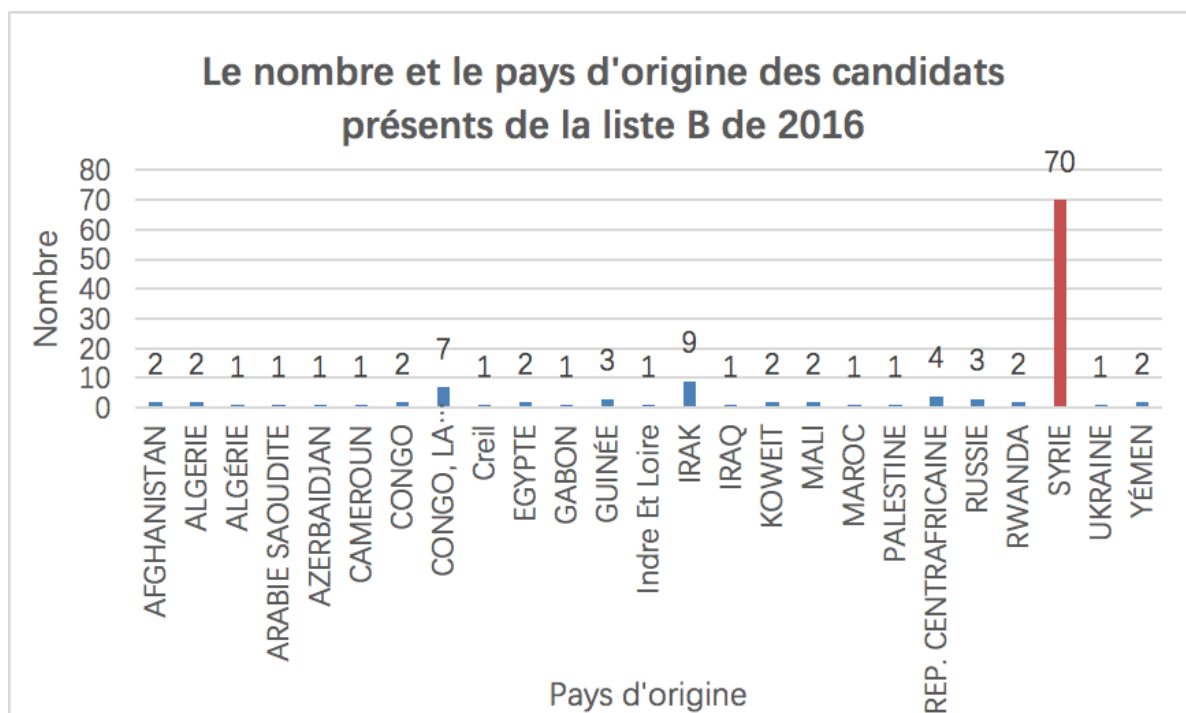
Graphique n° 28 : le nombre et le pays d'origine des candidats présents de la liste B de 2014



Graphique n° 29 : le nombre et le pays d'origine des candidats présents de la liste B de 2015



Graphique n° 30 : le nombre et le pays d'origine des candidats présents de la liste B de 2016



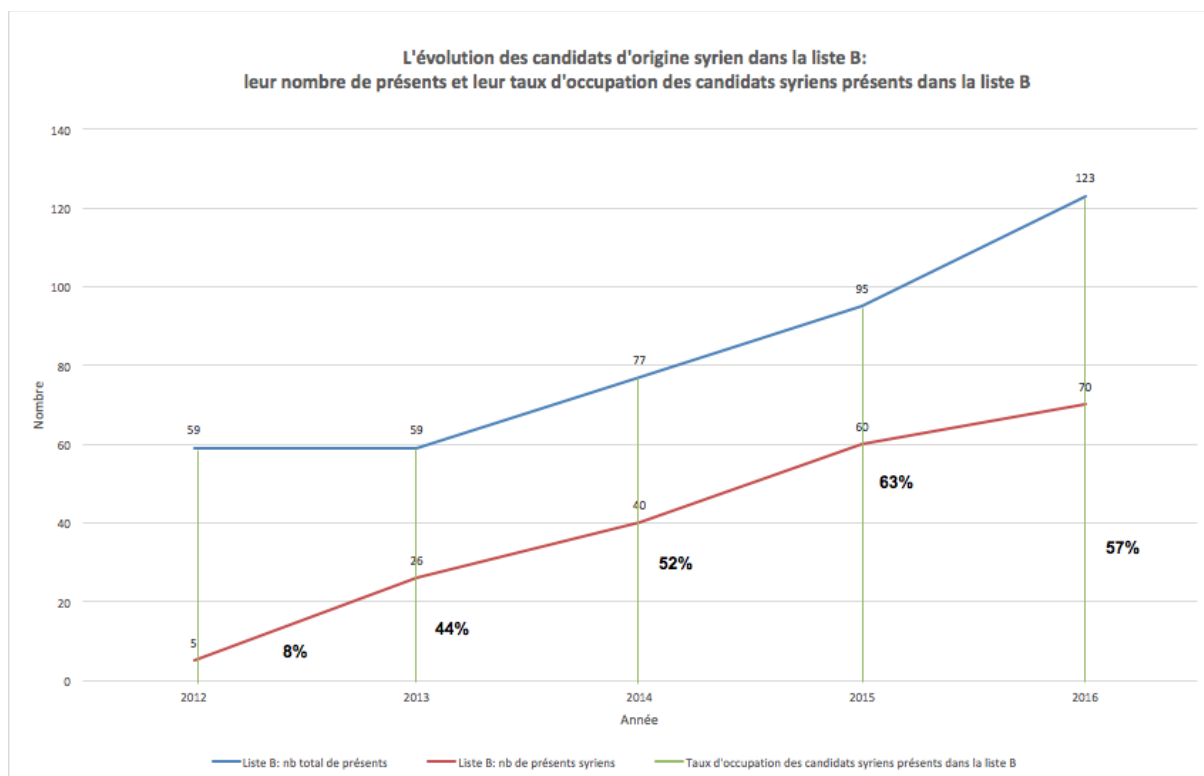
Nous observons qu'à partir de l'année 2013, le nombre de candidats présents d'origine syrienne (en rouge dans les Graphiques n° 26 – n° 30) est en augmentation massive.

6.4.4. Candidats d'origine syrienne, le nombre de présents et le taux d'occupation des candidats présents dans la liste B entre 2012 et 2016

Tableau n° 41: candidats d'origine syrienne, l'évolution du nombre des candidats présents, du taux d'occupation dans la liste B, entre 2012 et 2016

Liste B				
Année	Présence Syrien	Nb total de présents dans la liste B	Nb des Syriens présents dans la liste B	Taux d'occupation des Syriens présents dans la liste B
2012		59	5	8%
2013		59	26	44%
2014		77	40	52%
2015		95	60	63%
2016		123	70	57%

Graphique n° 31 : l'évolution des candidats d'origine syrienne dans la liste B : le nombre de présents et le taux d'occupation dans la liste B



Observations :

Nous constatons que de 2012 à 2016, le nombre de candidats présents d'origine Syrienne augmente (graphique n°31).

Par rapport au taux d'occupation des syriens dans la liste B, il a une forte augmentation entre 2012 et 2013, soit 36% d'écart (en 2012, le taux de présence syrienne est de 8%, celui en 2013 est de 44%), qui est impacté spécifiquement par les facteurs politiques

internationaux. Concernant le taux de présence des candidats syriens entre 2013 et 2015, il augmente à peu près de 10% chaque année. Néanmoins, ce taux a diminué en 2016, soit à 57%. On ne peut pas faire une hypothèse sur la tendance du taux de présence des candidats syriens car l'année 2016 est la première année que ce taux diminue depuis 2012.

De toute façon, à partir de l'année 2013, les candidats syriens deviennent une majorité dans la liste B, leur taux d'occupation est même plus que 50% entre 2014 et 2016.

6.4.5. Les résultats aux EVC des candidats syriens dans la liste B

Lorsque en comparant les résultats des EVC dans la liste B entre des candidats syriens et ceux d'autres nationalités (*tableau n°42*), nous constatons que, généralement, les résultats obtenus par les candidats syriens sont meilleurs que ceux de la totalité des candidats de la liste B.

Tableau n° 42 : la comparaison du taux de réussite des EVC, entre les candidats d'origine syrienne et les candidats totaux de la liste B, de 2012 à 2016

Année \ Taux de réussite	2012	2013	2014	2015	2016
Syriens	0%	46%	33%	47%	47%
Total Liste B	34%	40%	24%	35%	41%

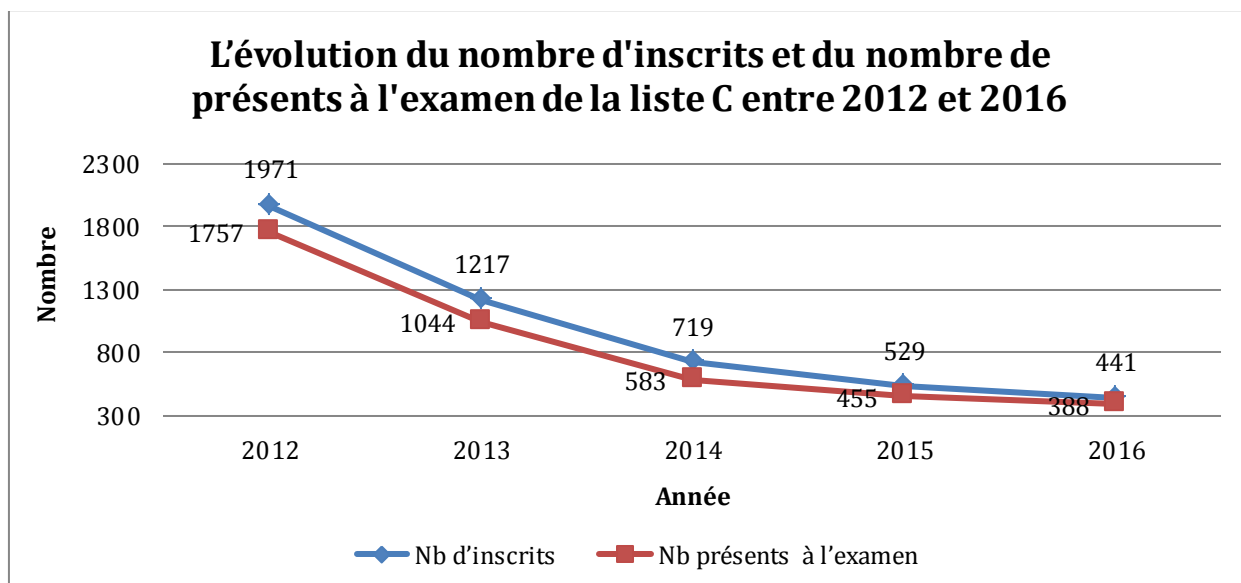
6.5. Evolution du nombre de candidats présents en liste C aux EVC de la Procédure d'Autorisation d'Exercice

6.5.1. L'évolution de l'état général (nombre d'inscrits ; nombre de présents à l'examen ; taux de présence) de la liste C, entre 2012 et 2016

Tableau n° 43 : l'évolution de l'état général (nombre d'inscrits ; nombre de présents à l'examen ; taux de présence) de la liste C, entre 2012 et 2016

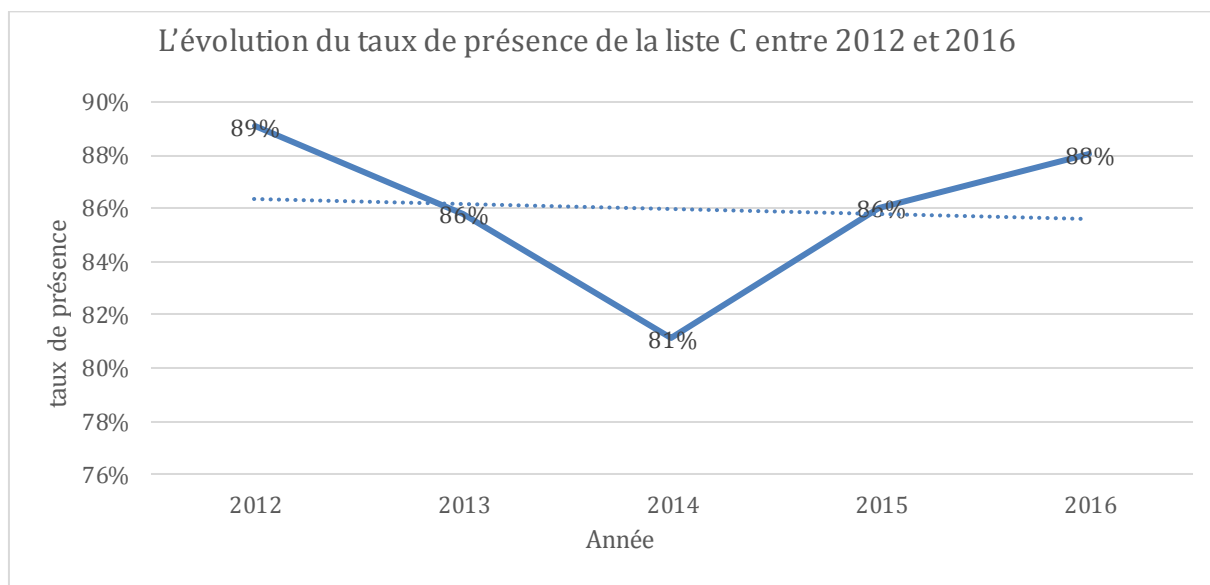
Liste C			
Présence Année	Nb d'inscrits	Nb présents à l'examen	Taux de présence
2012	1971	1757	89%
2013	1217	1044	86%
2014	719	583	81%
2015	529	455	86%
2016	441	388	88%

Graphique n° 32 : l'évolution du nombre d'inscrits et du nombre de présents à l'examen de la liste C entre 2012 et 2016



Nous constatons, de manière globale, une diminution importante et continue du nombre de candidats inscrits et du nombre de candidats présents à l'examen en liste C de 2012 à 2016, sur 5 années consécutives.

Graphique n° 33 : l'évolution du taux de présence de la liste C entre 2012 et 2016



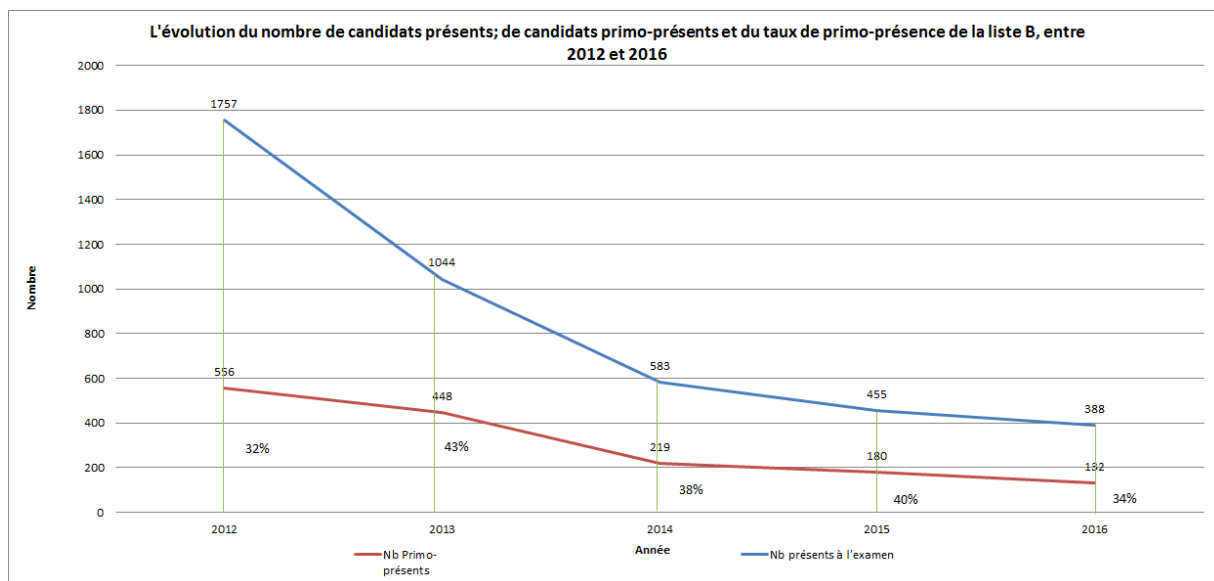
Concernant le taux de présence de la liste C entre 2012 et 2016, il se situe entre 80% et 90% ; la tendance reste stable autour de 85%.

6.5.2. L'évolution du nombre de candidats présents, de candidats primo-présents et du taux de primo-présence de la liste C, entre 2012 et 2016

Tableau n° 44 : l'évolution du nombre de candidats présents ; primo-présents et du taux de primo-présence de la liste C, entre 2012 et 2016

Liste C			
Présence Année	Nb présents à l'examen	Nb Primo-présents	Taux de primo-présence
2012	1757	556	32%
2013	1044	448	43%
2014	583	219	38%
2015	455	180	40%
2016	388	132	34%

Graphique n° 34 : l'évolution du nombre de candidats présents ; de candidats primo-présents et du taux de primo-présence de la liste B, entre 2012 et 2016



Nous constatons que le nombre de candidats présents et le nombre de candidats primo-présents en liste C est en diminution continue (*graphique n° 34*).

Concernant la tendance du taux de primo-présence, généralement, il diminue, et ce taux reste toujours bas chaque année, par rapport à celui de la Liste A (autour de 70% en moyenne) et de la liste B (autour de 65% en moyenne).

Concrètement, le taux de primo-présence de la liste C est autour de 40%, ce taux augmente de 9% entre 2012 et 2013 puis il est en diminution. Cette dernière année, le taux de primo-présence est de 34%.

Etant donné que les candidats de la liste C sont des praticiens à diplôme hors Union européenne qui se sont déjà installés en France, théoriquement, le taux de primo-présence de ces candidats devrait toujours diminuer. L'augmentation de ce taux entre 2012 et 2013 est surprenant et une recherche approfondie a été faite pour comprendre les raisons de cette augmentation (*épisodes 13.3 ; 13.4*).

6.5.3. L'impact de la loi du 1^{er} février 2012 sur l'élargissement du périmètre des candidats présents en 2012

Rappel : les trois changements concernant la liste C dans la loi du 1^{er} février 2012

1. Remplacement de l'épreuve théorique par une épreuve de parcours professionnel.
2. **Le périmètre a été élargi pour la liste C jusqu'au 3 juillet 2010**
3. La Commission d'Autorisation d'Exercice peut recommander aux candidats une année probatoire supplémentaire d'exercice

C'est le 2^{ème} changement : élargir le périmètre d'inscription des candidats aux EVC pour la liste C afin de faciliter aux médecins de diplôme hors Union européenne déjà installés en France de participer aux EVC et de postuler à la liste C au lieu de la liste A, sachant que la liste C est un examen, lequel est beaucoup plus facile à réussir par rapport la liste A qui est un concours.

C'est pour cette raison que l'impact de la loi 2012 est principalement sur le transfert des candidats de la liste A à la liste C.

6.5.4. L'analyse de l'impact de la loi 1^{er} février 2012 sur le transfert des candidats présents de la liste A à la liste C

Plusieurs étapes de manipulation d'analyses nous ont permis de connaître cet impact.

Pour connaître cet impact, l'analyse des données de l'année qui précède l'exécution de la loi 2012 est une étape essentielle qui permet de comparer les différences des résultats des candidats de la liste C avant et après 2012, les données de l'année 2011 sont donc ajoutées.

6.5.4.1. Rajout des données de l'année 2011

Tableau n° 45 : rajout des données de l'année 2011 ; l'évolution du nombre d'inscrits, du nombre de présents à l'examen, du taux de présence de la liste C, entre 2011 et 2016

Liste C			
Présence Année	Nb d'inscrits	Nb présents à l'examen	Taux de présence
2011	1679	1371	82%
2012	1971	1757	89%
2013	1217	1044	86%
2014	719	583	81%
2015	529	455	86%
2016	441	388	88%

Avec ce tableau, en rajoutant les données globales de l'année 2011, nous constatons que le nombre d'inscrits en 2011 est inférieur à celui de 2012 et on observe le même phénomène

pour le nombre de présents à l'examen et le taux de présence. En revanche, ces trois résultats ne nous donnent pas de surprise anormale.

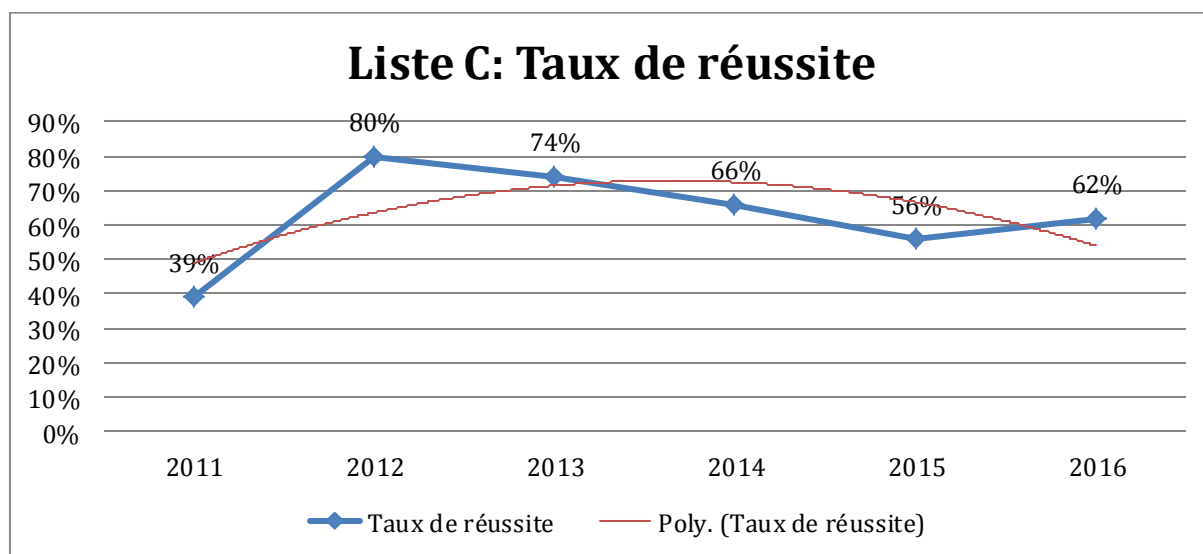
6.5.4.2. Rajout du taux de réussite de 2011 à 2016.

Nous rajoutons le taux de réussite (en jaune) pour analyser le profil global des candidats présents à la liste C de 2011 à 2016 par rapport à leurs résultats.

Tableau n° 46 : rajout des données de l'année 2011 ; l'évolution du taux de réussite des candidats de la liste C, entre 2011 et 2016

Liste C				
Présence Année	Nb d'inscrits	Nb présents à l'examen	Taux de présence	Taux de réussite
2011	1679	1371	82%	39%
2012	1971	1757	89%	80%
2013	1217	1044	86%	74%
2014	719	583	81%	66%
2015	529	455	86%	56%
2016	441	388	88%	62%

Graphique n° 35 : rajout des données de l'année 2011 ; l'évolution la tendance du taux de réussite des candidats de la liste C, entre 2011 et 2016



Ces chiffres sont attractifs, le taux de réussite est exceptionnellement bas en 2011, soit de 39%, sachant que l'année 2011 est la dernière année avant la loi 2012.

Ce taux est ensuite remonté jusqu'à 80% en 2012, la première année après l'exécution de la loi 2012. Par contre, la tendance du taux de réussite (*graphique n° 35*) est en diminution à partir de l'année 2012, ayant reculé jusqu'à 62% selon le dernier résultat en 2016.

Ce résultat d'analyse signifie qu'il existe une grande différence de profil des candidats dans la liste C aux EVC entre 2011 et 2012. Nous supposons que cela résulte de l'impact du transfert des candidats aux EVC, de la liste A à la liste C en 2012.

6.5.4.3. Différents profils des candidats en 2012 : le transfert des candidats aux EVC de la liste A à la liste C en 2012

Pour prouver l'hypothèse posée sur le transfert des candidats de l'ancienne liste A (avant 2012) à la liste C (en 2012 et après 2012) au regard de la loi 2012 sur l'élargissement du périmètre des candidats présents, nous analysons donc en profondeur le profil des candidats dans la liste C.

Nous analysons, à partir de l'année 2012 et pour chaque année, le nombre des candidats de la liste C de l'année courante (l'année N), pour savoir si les candidats se sont déjà inscrits dans la liste A des années précédentes, année N-1 et année N-2.

Pour l'année présentée courante (N), nous choisissons les candidats **présents** de la liste C, parce que seul des données des candidats présents sont utiles pour les analyses du nombre de présents et de leurs résultats des EVC. Néanmoins, pour les années précédentes (N-1 et N-2), nous choisissons les candidats de la liste A **inscrits** (présents + absents) par la raison que, l'intention d'inscription montre déjà une tendance dans les listes desquelles les candidats participent, selon leur profil et leur statut.

Tableau n° 47 : Report à la liste C de l'année N des anciens candidats de la liste A

Report à la liste C de l'année N des anciens candidats de la liste A					
Année (N)	Liste C présents (N)	Déjà Inscrits dans la Liste A (N-1)	(Déjà Inscrits dans la Liste A N-1) / (Liste C présents N) %	Déjà Inscrits dans la Liste A (N-2)	(Déjà Inscrits dans la Liste A N-2) / (Liste C présents N) %
2012	1757	790	45%	504	29%
2013	1044	103	10%	321	31%
2014	583	62	11%	65	11%
2015	455	84	18%	72	16%
2016	388	50	13%	69	18%

Ce tableau représente le nombre de candidats transférés de la liste A à la liste C entre 2012 et 2016.

- Il commence par la première colonne, l'année courante (l'année N).
- La deuxième colonne montre le nombre de candidats présents dans la liste C de l'année N.
- La troisième colonne montre parmi les candidats présents à la liste C de l'année N (colonne 2^{ème}), le nombre de candidats qui se sont déjà inscrits dans la liste A de l'année N-1.
- La quatrième colonne montre le taux d'occupation dans le nombre de candidats présents de l'année N (colonne 2^{ème}), du nombre de candidats qui se sont déjà inscrits dans la liste A de l'année N-1, (colonne 3^{ème} / colonne 2^{ème} * (100%)).
- La cinquième colonne montre parmi les candidats présents à la liste C de l'année N (colonne 2^{ème}), le nombre de candidats qui se sont déjà inscrits dans la liste A de l'année N-2.
- La sixième colonne montre le taux d'occupation dans le nombre de candidats présents de l'année N (colonne 2^{ème}), du nombre de candidats qui se sont déjà inscrits dans la liste A de l'année N-2, (colonne 5^{ème} / colonne 2^{ème} * (100%)).

Nous observons avec les résultats d'analyse, un réel transfert de la liste A à la liste C, surtout les deux premières années, soit en 2012 et en 2013.

- Ce transfert est remarquable en 2012, soit la première année d'exécution de la loi 2012. Nous constatons que parmi tous les candidats présents dans la liste C en 2012, 790 se sont déjà inscrits en 2011 (N-1), en liste A, ce qui représente 45% des candidats dans la liste C en 2012 ; 504 se sont déjà inscrits en 2010 (N-2), en liste A, ce qui représente 29% des candidats dans la liste C en 2012.
- Pour l'année 2013, nous constatons que parmi tous les candidats présents dans la liste C en 2013, 103 se sont déjà inscrits en 2012 (N-1), en liste A, ce qui représente 10% des candidats dans la liste C en 2013 ; 321 se sont déjà inscrits en 2011 (N-2), en liste A, ce qui représente 31% des candidats dans la liste C en 2013.
- Pour l'année 2014, nous constatons que parmi tous les candidats présents dans la liste C en 2014, 62 se sont déjà inscrits en 2013 (N-1), en liste A, ce qui représente 11% des candidats dans la liste C en 2014 ; 65 se sont déjà inscrits en 2012 (N-2), en liste A, ce qui représente 12% des candidats dans la liste C en 2014.
- Pour l'année 2015, nous constatons que parmi tous les candidats présents dans la liste C en 2015, 84 se sont déjà inscrits en 2014 (N-1), en liste A, ce qui représente 18% des candidats dans la liste C en 2015 ; 72 se sont déjà inscrits en 2013 (N-2), en liste A, ce qui représente 16% des candidats dans la liste C en 2015.
- Enfin, pour l'année 2016, nous constatons que parmi tous les candidats présents dans la liste C en 2016, 50 se sont déjà inscrits en 2015 (N-1), en liste A, ce qui représente 13% des candidats dans la liste C en 2016 ; 69 se sont déjà inscrits en 2014 (N-2), en liste A, ce qui représente 18% des candidats dans la liste C en 2016.

Il est évident que la plupart des candidats transférés de la liste A à la liste C se sont présentés en liste C dans les deux premières années après la loi 2012, soit en 2012 et en 2013 :

- Le taux d'occupation des candidats déjà inscrits dans la liste A en 2011 et présents aussi dans la liste C en 2012 est de **45%** (Tableau n° 47).
- Le taux d'occupation des candidats déjà inscrits dans la liste A en 2010 et présents aussi dans la liste C en 2012 est de **29%** (Tableau n° 47).

- Le taux d'occupation des candidats déjà inscrits dans la liste A en 2011 et présents aussi dans la liste C en 2013, est de **31%** (Tableau n° 47).

Le taux de transfert recule et reste stable à partir de l'année 2014 (inférieur à 20%), soit la troisième année après l'exécution de la loi 2012 (Tableau n° 47).

6.5.4.4. L'impact du transfert des candidats de la liste A à la liste C sur les résultats des EVC

Au travers du graphique n°35 de l'épisode 13.4.2, nous avons montré une augmentation remarquable du taux de réussite à l'examen des candidats en liste C, entre 2011 et 2012.

Au travers du tableau n°47 de l'épisode 13.4.3, nous avons expliqué les transferts des candidats déjà inscrits dans la liste A avant 2012, présents dans la liste C à partir de 2012.

Afin de savoir s'il existe un lien, entre l'augmentation du taux de réussite à l'examen des candidats en liste C à partir de 2012, et le transfert des candidats de la liste A à la liste C à partir de 2012, une analyse comparative du taux de réussite à l'examen des EVC a été réalisée.

Nous avons comparé d'un côté, les candidats présents en liste C dans l'année N mais déjà inscrits en liste A des années N-1 et N-2, et de l'autre, la totalité des candidats présents en liste C dans l'année N. Cette analyse a été faite pour les années 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016.

Tableau n° 48 : comparaison du taux de réussite, entre les candidats présents en liste C mais déjà inscrits en liste A des années N-1 et N-2, et la totalité des candidats présents en liste C

Comparaison du taux de réussite entre les candidats présents en liste C mais transferts de la liste A à la liste C et la totalité des candidats présents en liste C								
Année	Nombre de présents Liste C (année N)	Taux de réussite Liste C (année N)	Nombre de présents en Liste C (année N) et déjà Inscrits en liste A (année N-1)	Nombre de réussite en Liste C (année N) et déjà Inscrits en liste A (année N-1)	Taux de réussite des candidats présents en Liste C (année N) et déjà inscrits en liste A (année N-1)	Nombre de présents en Liste C (année N) et déjà Inscrits en liste A (année N-2)	Nombre de réussite en Liste C (année N) et déjà Inscrits en liste A (année N-2)	Taux de réussite des candidats présents en Liste C (année N) et déjà inscrits en liste A (année N-2)
2012	1757	80%	790	690	87%	504	427	85%
2013	1044	74%	103	83	81%	321	270	84%
2014	583	66%	62	44	71%	65	50	77%
2015	455	56%	84	51	61%	72	46	64%
2016	388	62%	50	41	82%	69	61	88%

Nous observons que le taux de réussite des candidats présents en liste C de l'année N et qui se sont déjà inscrits en liste A dans les années précédentes (N-1 et/ou N-2), est supérieur au taux de réussite moyen de tous les candidats présents en liste C de l'année N.

- Pour l'année 2012, le taux de réussite moyen en liste C est de 80% ; au contraire, pour les candidats présents en liste C en 2012 (année N) qui se sont déjà inscrits en liste A en 2011 (année N-1), on observe que le taux de réussite en liste C en 2012 est de 87% ; pareillement, pour les candidats présents en liste C en 2012 (année N) qui se sont déjà inscrits en liste A en 2010 (année N-2), on observe que le taux de réussite en liste C en 2012 est de 85%.
- Pour l'année 2013, le taux de réussite moyen en liste C est de 74% ; au contraire, pour les candidats présents en liste C en 2013 (année N) qui se sont déjà inscrits en liste A en 2012 (année N-1), on observe que le taux de réussite en liste C en 2013 est de 81% ; pareillement, pour les candidats présents en liste C en 2013 (année N) qui se sont déjà inscrits en liste A en 2011 (année N-2), on observe que le taux de réussite en liste C en 2013 est de 84%.
- Pour l'année 2014, le taux de réussite moyen en liste C est de 66% ; au contraire, pour les candidats présents en liste C en 2014 (année N) qui se sont déjà inscrits en liste A en 2013 (année N-1), on observe que le taux de réussite en liste C en 2014

est de 71% ; pareillement, pour les candidats présents en liste C en 2014 (année N) qui se sont déjà inscrits en liste A en 2012 (année N-2), on observe que le taux de réussite en liste C en 2014 est de 77%.

- Pour l'année 2015, le taux de réussite moyen en liste C recule jusqu'à 56% ; au contraire, pour les candidats présents en liste C en 2015 (année N) qui se sont déjà inscrits en liste A en 2014 (année N-1), on observe que le taux de réussite en liste C en 2015 est de 61% ; pareillement, pour les candidats présents en liste C en 2015 (année N) qui se sont déjà inscrits en liste A en 2013 (année N-2), on observe que le taux de réussite en liste C en 2015 est de 64%.

- Pour finir, en 2016, le taux de réussite moyen en liste C remonte à 62% ; mais en même temps, pour les candidats présents en liste C en 2016 (année N) qui se sont déjà inscrits en liste A en 2015 (année N-1), on observe que le taux de réussite en liste C en 2016 est de 82% ; pareillement, pour les candidats présents en liste C en 2016 (année N) qui se sont déjà inscrits en liste A en 2014 (année N-2), on observe que le taux de réussite en liste C en 2016 est de 88%. Ces deux taux de réussite sont beaucoup plus supérieurs au taux de réussite moyen en liste C.

Le résultat d'analyse montre nettement que les résultats des candidats de la liste C aux EVC sont impactés par la loi 2012 qui permet un transfert des anciens candidats de liste A à la liste C ; pour cette partie des candidats, les résultats des EVC sont supérieurs à l'ensemble des candidats de la liste C ; ils font remonter les résultats généraux aux EVC des candidats de la liste C.

6.5.4.5. Analyse des candidats primo-présents en liste C

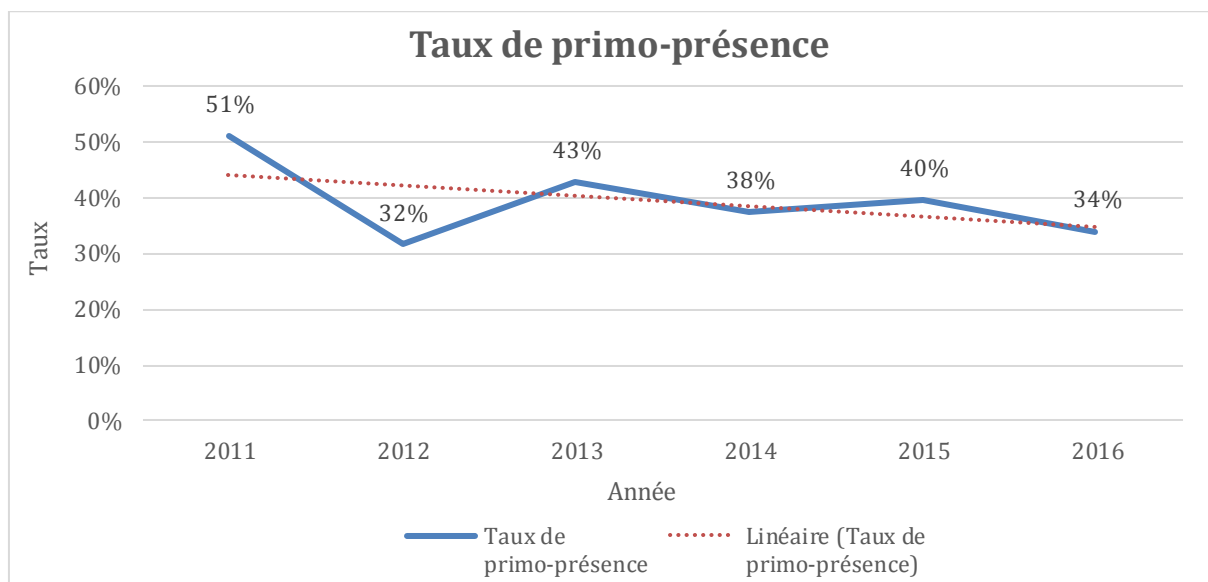
Dans cette partie, une analyse des candidats primo-présents en liste C, de 2011 à 2016 a été effectuée (dans le tableau présent, nous avons aussi rajouté l'année 2011 pour montrer précisément, l'impact de la loi 2012 sur le nombre des candidats primo-présents en liste C) dans l'objectif de connaître leur résultat aux EVC.

Tableau n°49 : l'analyse du nombre de primo-présents et le taux d réussite des candidats primo-présents

Liste C : le nombre de primo-présents et le taux d réussite des candidats primo-présents				
Présence Année	Nb présents à l'examen	Nb Primo-présents	Taux de primo-présence	Taux de réussite pour primo-présents
2011	1371	700	51%	36%
2012	1757	556	32%	79%
2013	1044	448	43%	71%
2014	583	219	38%	64%
2015	455	180	40%	56%
2016	388	132	34%	58%

Nous observons une tendance linéaire (*graphique n°36*) à la diminution du taux de primo-présence en liste C, de 2011 à 2016 (de 51% à 34%). Pour l'année 2011, le taux de primo-présence est supérieur à 50% (51%) ; pour l'année 2012, le taux de primo-présence a chuté de 19%, soit atteint 32%. Ce phénomène est impacté par la loi 2012 sur le transfert des candidats présents de l'ancienne liste A à la liste C en 2012.

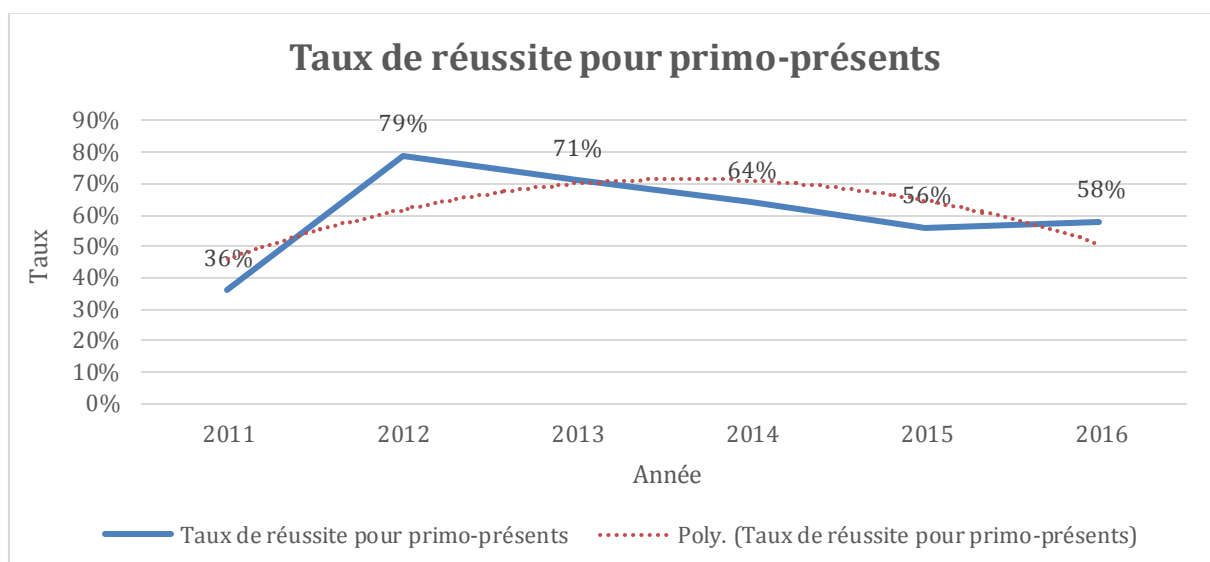
Graphique n°36 : l'évolution la tendance du taux de primo-présence des candidats de la liste C, entre 2011 et 2016



Concernant le taux de réussite pour primo-présents en liste C (*graphique n°37*), les deux points suivants sont à retenir :

- 1) il a augmenté 43% en 2012 par rapport à 2011 (79% VS 36%) ;
- 2) il est en diminution continue à partir de 2012, et cette dernière année, ce taux est à 58%, ayant chuté de 21% en 5 ans.

Graphique n°37: l'évolution la tendance du taux de réussite pour les candidats primo-présence des candidats de la liste C, entre 2011 et 2016



Une analyse approfondie a été faite pour comprendre ces résultats surprenants. Nous avons observé le profil des candidats primo-présents afin de savoir s'ils se sont éventuellement inscrits (inscrits mais non présents) dans la liste A dans les années précédentes.

- En 2011, 700 candidats sont primo-présents à la liste C, le taux de réussite pour les candidats primo-présents est de 36% ; parmi ces 700 candidats primo-présents, 19 candidats se sont déjà inscrits dans la liste A mais ne sont pas présents entre 2007 et 2010 ; parmi eux, 6 ont été retenus en 2011, soit 32%.

- En 2012, 556 candidats sont primo-présents à la liste C, le taux de réussite pour les candidats primo-présents est de 79% ; parmi ces 556 candidats, 189 candidats se sont déjà inscrits dans la liste A mais ne sont pas présents entre 2007 et 2011 ; parmi eux, 155 ont été retenus en 2012, soit 82%.
- En 2013, 448 candidats sont primo-présents à la liste C, le taux de réussite pour les candidats primo-présents est de 71% ; parmi ces 448 candidats, 104 candidats se sont déjà inscrits dans la liste A mais ne sont pas présents entre 2007 et 2012 ; parmi eux, 85 ont été retenus en 2013, soit 82%.
- En 2014, 219 candidats sont primo-présents à la liste C, le taux de réussite pour les candidats primo-présents est de 64% ; parmi ces 219 candidats, 53 candidats se sont déjà inscrits dans la liste A mais ne sont pas présents entre 2007 et 2013, parmi eux, 35 ont été retenus en 2014, soit 66%.
- En 2015, 180 candidats sont primo-présents à la liste C, le taux de réussite pour les candidats primo-présents est de 56% ; parmi ces 180 candidats, 66 candidats se sont déjà inscrits dans la liste A mais ne sont pas présents entre 2007 et 2014, parmi eux 42 ont été retenus en 2015, soit 64%.
- En 2016, 132 candidats sont primo-présents à la liste C, le taux de réussite pour les candidats primo-présents est de 58% ; parmi ces 132 candidats, 28 candidats se sont déjà inscrits dans la liste A mais ne sont pas présents entre 2007 et 2015, parmi eux 19 ont été retenus en 2016, soit 68%.

Pour chaque année, entre 2012 et 2016, le taux de réussite des candidats primo-présents de l'année courante, ayant déjà été inscrits mais qui n'ont pas été présents dans la liste A des années précédentes, est toujours supérieur à celui des candidats primo-présents généraux. Le seul cas exceptionnel est celui de l'année 2011.

Les candidats d'ancienne liste A sont toujours excellents, leurs résultats aux EVC sont supérieur.

6.6. Evaluation des échecs et du stock des candidats de la liste C

6.6.1. Evaluation des candidats non retenus de la liste C entre 2012 et 2016

La forme de la PAE doit surement évoluer selon le périmètre des candidats aux EVC et la dimension des candidats.

Selon les résultats que nous avons présentés dans la Cinquième partie de la thèse, on remarque que le nombre d'inscrits et le nombre de présents dans la liste C diminue. En effet, la liste C, a été conçue comme une liste permettant de régulariser des praticiens à diplôme obtenu hors Union européenne déjà installés en France ; il est bien raisonnable que l'impact de régularisation fait diminuer la dimension de la liste C.

Pour bien optimiser le temps d'extinction de la liste C, une étude de calcul sur tous les candidats de la liste C entre 2012 et 2016 a été faite.

Concernant l'état actuel de la liste C en profitant de ces résultats exposés, nous trouvons que :

- 1) Parmi tous les candidats **inscrits** à la liste C, entre 2012 et 2016, présents ou non présents, 1301 candidats ont eu au moins une fois le résultat « non retenu ». Sachant que pour les candidats inscrits mais non présents, le résultat est toujours maintenu « non retenu », pour éviter les biais et les ambiguïtés, la recherche a été conduite seulement sur les candidats présents. Les résultats sont les suivants.
- 2) Parmi tous les candidats **présents** à la liste C, entre 2012 et 2016, 912 candidats ont eu au moins une fois le résultat « non retenu ». Parmi eux, 711 candidats ont échoué 1 fois, 143 candidats ont échoué 2 fois, 53 candidats ont échoué 3 fois.

Tableau n°50 : le nombre des candidats présents et non retenus de la liste C entre 2012 et 2016

Liste C / 2012-2016 / présents / non retenus		
Non retenus 1 fois	Non retenus 2 fois	Non retenus 3 fois
711	143	53

Attention : 4 personnes ont eu 4 fois le résultat « non retenu », ce qui doit correspondre à une erreur dans la base de données du CNG ou une faute d'administration des EVC.

57 candidats (53 candidats non retenus 3 fois + 4 candidats non retenus 4 fois) ont échoué complètement, ce qui veut dire qu'ils n'ont plus la possibilité de continuer à se présenter aux EVC.

6.6.2. Evaluation du stock des candidats dans la liste C

711 candidats présents dans la liste C entre 2012 et 2016 ont échoué une fois ; 143 candidats présents dans la liste C entre 2012 et 2016 ont échoué deux fois. Ces 854 (711 + 143) candidats seront éventuellement des candidats potentiels présents dans la liste C aux EVC après 2016 (à condition qu'ils aient le droit de se présenter aux EVC par la nouvelle loi).

Le stock de la liste C à la fin de l'année 2016, est donc de 854 candidat si l'on compte sur la base des candidats présents ; néanmoins, si l'on compte sur la base des candidats inscrits, c'est donc 1301 candidats inscrits moins 57 candidats échoués complets, soit 1247 candidats ; en effet, ce chiffre semble plus fiable pour compter le stock de la liste C.

6.7. L'avenir de la liste C et l'avenir des candidats de la liste C

6.7.1. L'avenir de la liste C

6.7.1.1. *La loi 2012 arrive à terme à la fin d'année 2016*

L'article 1 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 Etat non membre de l'Union européenne dit que les praticiens : « ... peuvent continuer à exercer leurs fonctions **jusqu'au 31 décembre 2016.** » ; « Les praticiens se présentent à une épreuve de vérification des connaissances, organisée chaque année **jusqu'en 2016...** ». Cela signifie que selon la loi 2012, aucun candidat ne pourra continuer à se présenter aux EVC à partir de 2016.

6.7.1.2. *La loi des territoires et montagne 2016*

Le 29 décembre 2016, il avait une publication au journal officiel (JO) de la loi 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de

montagne. L'article 92 de cette loi précise que les médecins et les chirurgiens-dentistes titulaires de diplôme hors Union européenne, exerçant au 31 décembre 2016 sous les statuts de praticien attaché associé, d'assistant associé ou de faisant fonction d'interne et recrutés avant le 3 août 2010, peuvent poursuivre leurs fonctions au sein des établissements publics de santé à compter du 1er janvier 2017 et jusqu'au 31 décembre 2018³⁸.

Néanmoins, l' « arrêté du 7 avril 2017 portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances mentionnées aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique » permet aux médecins de diplôme hors Union européenne de continuer à se présenter à la liste A, en 2017 ; aucun article existant ne permet aux médecins de diplôme hors Union européenne de continuer à se présenter à la liste C, après 2016. La liste C n'existe donc plus.

6.7.2. L'avenir des candidats n'ont pas été retenus aux EVC devant 31 décembre 2016

En considérant l'existence du stock de la liste C et le travail mis en place dans les institutions nationales de santé pour l'administration et la régularisation des médecins étrangers de la liste C d'ici jusqu'à la fin de l'année 2018, la liste C n'est pas tout à fait clôturée.

³⁸ Loi des territoires et montagne 2016, la partie concernée pour la procédure d'autorisation d'exercice :

« Loi n° 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne :

Article 92 :

Le deuxième alinéa du IV de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est ainsi modifié :

1° Avant les mots : « recrutés avant le 3 août 2010 », sont insérés les mots :

« Présents dans un établissement de santé public ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif au 31 décembre 2016 et » ;

2° A la fin, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2018 ».

Le travail de régularisation du nombre de praticiens à diplôme obtenu hors Union européenne non régularisés doit être très claire sur les deux points suivants :

- Est-ce que la prolongation des EVC pour ces médecins sera nécessaire ?
- Où est-ce qu'on peut orienter ces médecins après 2018 ?

Pour la première question, sachant qu'entre 2007 et 2016, les médecins non régularisés dans la liste C pouvaient se présenter 6 fois aux EVC (3 fois avant la loi 2012, 3 fois après la loi 2012), la plupart des candidats compétents dans la liste C ont donc été déjà retenus aux EVC. La réouverture des EVC aux praticiens à diplôme obtenu hors Union européenne dans le stock de la liste C n'est pas nécessaire. L'outil scientifique « bénéfice-risque » devrait aussi être considéré pour cette question (risque : les dépenses administrative, d'organisation etc... pour les EVC ; bénéfice : ce que ces médecins pourraient apporter en terme d'amélioration des conditions de la santé en France).

Les médecins non régularisés dans le stock de la liste C sont installés en France depuis un certain nombre d'années ; ils travaillent dans des établissements de la santé en France ; ils se sont inscrits ou présentés aux EVC ; ils connaissent l'état et les conditions des soins médicaux en France ; ils comprennent le système de la santé en France ; ils ont même leur famille installée en France depuis un certain temps. L'interdiction de leur droit du travail en France n'est ni fiable ni humanitariste ; l'orientation de ces médecins non régularisés vers un métier similaire ou paramédical dans le domaine de la santé serait recommandée ; l'orientation de ces médecins à s'installer dans certains départements de désertification des médecins serait aussi une solution pertinente.

7. Les médecins ayant réussi à la commission d'autorisation d'exercice et inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ; leur installation, leur état actuel

Ce chapitre explore l'installation des médecins lauréats des EVC, qui ont réussi à la CAE et qui se sont inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins. L'objectif est de prendre en compte l'état actuel des médecins provenant de la PAE et inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins, de rendre compte de leur qualification exercée, de leur lieu d'exercice, de leur statut de fonction, et de leur état actuel général.

Etant donné que dans certaines régions en France le niveau statistique de la densité médicale « médecin/habitant (1000) » est inférieur au niveau moyen, cette étude nous permet de mieux comprendre si oui ou non l'installation des médecins provenant de la PAE peut aider à la progression de la densité médicale au niveau statistique, et auquel cas mettre en place l'orientation des futurs médecins provenant de la PAE ou des médecins étrangers résidants pour leur installation.

En considérant le temps d'écart entre l'année lauréate des EVC et l'année de la première inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins, c'est-à-dire 3 ans d'exercice après les EVC [loi 2006] ou l'année probatoire après la CAE [loi 2012]), nous reprenons dans ce chapitre toutes les données des candidats de la PAE entre 2007 et 2016 inclus, pour avoir une vision plus globale sur l'installation et l'état actuel des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre provenant de la PAE.

7.1. Recherche des médecins lauréats des EVC et leur inscription au Tableau de l'Ordre des médecins par année

Entre 2007 et 2016, 10255 médecins étaient lauréats des EVC, parmi eux, 6218 médecins se sont inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins en France, ce qui représente 61%.

Entre 2007 et 2016, en total, 10255 médecins étaient lauréats des EVC, parmi eux, 4071 médecins se sont déjà inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins en France, ce qui représente 40%.

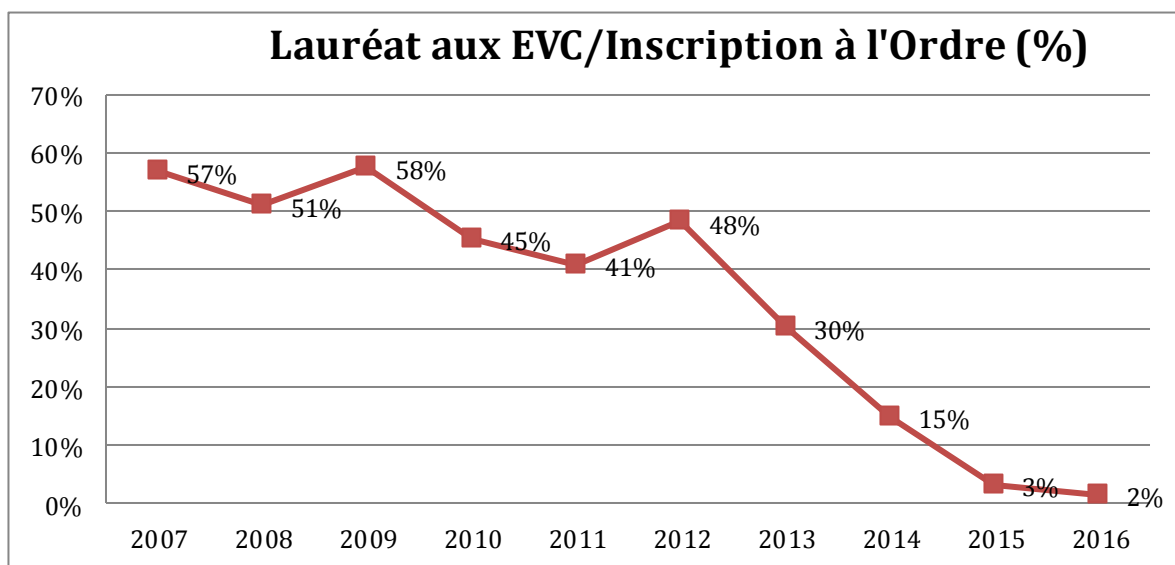
Le tableau suivant présente le nombre de candidats lauréats aux EVC, le nombre de médecins inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins et montre le pourcentage de « Lauréat/Inscription % » par année.

Tableau n°51 : le nombre de candidats lauréats aux EVC ; le nombre de médecins inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins ; le pourcentage de « Lauréat/Inscription % » par année

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nb Lauréat	847	1036	1836	938	732	1695	1076	696	666	733
Nb Inscription à l'Ordre	481	528	1056	426	300	817	325	104	22	12
Lauréat/Inscription %	57%	51%	58%	45%	41%	48%	30%	15%	3%	2%

On constate que le nombre de candidats lauréats aux EVC et inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins diminue. Entre 2007 et 2012, ce taux était entre 40% et 60%. La raison de cette diminution depuis 2012 s'explique par les procédures à suivre entre « Lauréat aux EVC » et « Inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins » : 3 ans d'exercice après les EVC [loi 2006] ou l'année probatoire après la CAE [loi 2012].

Graphique n°38 : lauréats aux EVC / Inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins (%) entre 2007 et 2016



7.2. Recherche des médecins lauréats aux EVC et leur inscription au Tableau de l'Ordre des médecins par les trois listes

Un tableau de classification des médecins lauréats aux EVC en trois listes a été fait en tenant compte du taux d'inscription au Tableau de l'Ordre des médecins.

Il est remarquable que le nombre de médecins qui proviennent de la PAE et qui sont inscrits au Tableau de l'Ordre pour tous les trois listes est en diminution.

Tableau n°52 : le nombre de médecins lauréats aux EVC ; le nombre de médecins lauréats aux EVC et inscrits à l'Ordre des médecins et leur taux d'inscription, pour les trois liste, entre 2007 et 2016

Année	2007			2008			2009		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Liste									
Nb Lauréat	182	11	646	212	12	812	202	10	1624
Nb Inscription à l'Ordre	83	3	395	87	4	437	91	5	960
Lauréat/Inscription %	46%	27%	61%	41%	33%	54%	45%	50%	59%

Année	2010			2011			2012		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Liste									
Nb Lauréat	179	10	749	179	17	536	269	18	1408
Nb Inscription à l'Ordre	92	3	331	69	4	227	29	4	784
Lauréat/Inscription %	51%	30%	44%	39%	24%	42%	11%	22%	56%

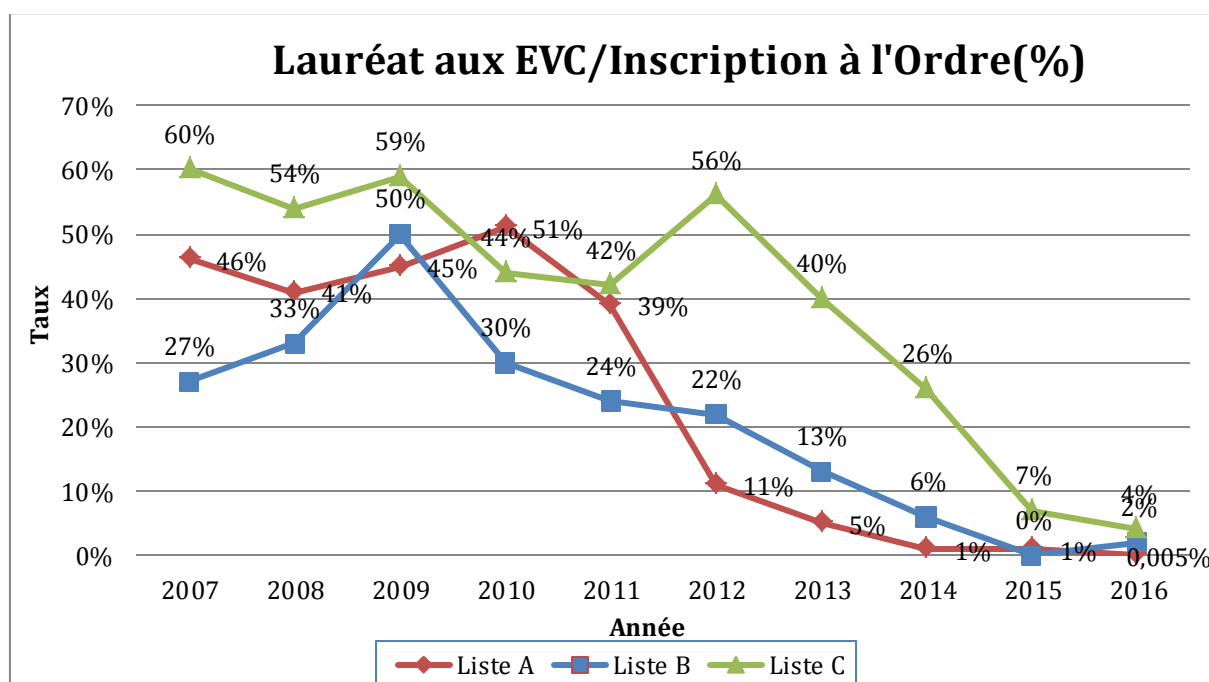
Année	2013			2014			2015		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Liste									
Nb Lauréat	285	23	768	291	18	387	380	33	253
Nb Inscription à l'Ordre	13	3	309	2	1	101	4	0	18
Lauréat/Inscription %	5%	13%	40%	1%	6%	26%	1%	0%	7%

Année	2016		
	A	B	C
Liste			
Nb Lauréat	444	50	239
Nb Inscription à l'Ordre	2	1	9
Lauréat/Inscription %	(0,005%)	2%	4%

Le taux d'inscription à l'Ordre des Médecins lauréats aux EVC est lié à l'exécution des lois de la PAE : 3 ans d'exercice après les EVC pour toutes les trois listes [loi 2006] ou l'année probatoire après la CAE pour la liste C [loi 2012]. Cela veut dire que les lauréats aux EVC ne peuvent pas s'inscrire au Tableau de l'Ordre des médecins rapidement après avoir réussi aux EVC et aux commissions de la PAE.

Par rapport aux médecins des trois listes, le taux d'inscription à l'Ordre des médecins pour les médecins de la liste C est normalement supérieur à celui de la liste A et de la liste B ; les médecins de la liste C étaient des médecins déjà installés en France, et la plupart d'entre eux ont déjà occupé un poste au sein d'un établissement de santé. Il est plus facile pour eux de réussir à la commission de la PAE puis s'inscrire à l'Ordre des médecins.

Graphique n°39 : lauréats aux EVC / Inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins (%) pour les trois liste entre 2007 et 2016



Concernant l'inscription à l'Ordre pour les médecins lauréats aux EVC, par année, globalement, le taux est autour de 45% pour la liste A, 30% pour la liste B et 55% pour la liste C.

Le graphique montre les taux de médecins lauréats aux EVC, provenant de la PAE, leur inscription au Tableau de l'Ordre des médecins (*graphique n°39*).

Nous avons perçu que :

- Pour les médecins de la liste A lauréats aux EVC, le taux d'inscription au Tableau de l'Ordre des médecins est entre 39% et 46% entre 2007 et 2011 ; il est de 11% en 2012, puis continue à diminuer.

- Pour les médecins de la liste B lauréats aux EVC, le taux d'inscription à l'Ordre des médecins augmente au sommet en 2009, soit de 50%, puis diminue en continu.
- Pour les médecins de la liste C lauréats aux EVC, le taux d'inscription à l'Ordre était variable, entre 44% et 61% de 2007 à 2012 ; il diminue depuis 2012.

Parmi les promotions les plus récentes, on constate un taux moins élevé de médecins lauréats aux EVC et inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ; les médecins lauréats ont besoin de temps pour accomplir l'étape d'exercice dans un établissement de santé avant de passer devant la CAE ; ou même, pour les médecins de la liste C après 2012, une année probatoire les attend après la CAE, avant de s'inscrire à l'Ordre.

7.3. Médecins de diplôme hors Union européenne, leur qualification et changement de qualification

7.3.1. Les spécialités d'exercice choisies par les médecins de diplôme hors Union européenne qui sont lauréats aux EVC et inscrits à l'Ordre des médecins

L'analyse de la qualification choisie par les médecins de diplôme hors Union européenne permet de connaître la répartition des médecins par spécialités. Les médecins lauréats aux EVC entre 2007 et 2016 et inscrits à l'Ordre des médecins ont choisi 49 spécialités (avec les options) à exercer en France.

Tableau n°53 : la répartition des médecins lauréats aux EVC et inscrits à l'Ordre des médecins, par spécialité

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	30
ANESTHESIE-REANIMATION	404
BIOLOGIE MEDICALE	56
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	214
CHIR.MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	1
CHIRURGIE GENERALE	7
CHIRURGIE INFANTILE	17
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	8
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	116
CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	11
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE	1
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	19
CHIRURGIE UROLOGIQUE	58
CHIRURGIE VASCULAIRE	11
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	66
DERMATOLOGIE VENEREOLOGIE	21
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE, MALADIES METABOLIQUES	40
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	112
GENETIQUE MEDICALE	3
GERIATRIE	308
GYNECOLOGIE MEDICALE	3
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	217

HEMATOLOGIE	7
HEMATOLOGIE OPTION MALADIES DU SANG	29
HEMATOLOGIE OPTION ONCO HEMATOLOGIE	10
MEDECINE DU TRAVAIL	12
MEDECINE GENERALE	640
MEDECINE GENERALE NON QUALIFIEE	2
MEDECINE INTERNE	40
MEDECINE NUCLEAIRE	7
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	53
NEPHROLOGIE	83
NEUROCHIRURGIE	23
NEUROLOGIE	78
ONCOLOGIE OPTION MEDICALE	65
ONCOLOGIE OPTION ONCO-HEMATOLOGIE	1
ONCOLOGIE OPTION RADIOTHERAPIE	18
OPHTALMOLOGIE	90
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE	34
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	1
PEDIATRIE	241
PNEUMOLOGIE	91
PSYCHIATRIE	499
RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE	255
REANIMATION	11
REANIMATION MEDICALE	14
RHUMATOLOGIE	21
SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	21
STOMATOLOGIE	2
Total général	4071

Concernant les dix spécialités de plus choisies, elles sont « médecine générale », « psychiatrie », « anesthésie-réanimation », « gériatrie », « radiodiagnostic et imagerie médicale », « pédiatrie », « gynécologie-obstétrique », « cardiologie et maladies vasculaires », « chirurgie orthopédique et traumatologie » et « gastro-entérologie et hépatologie » ; celles-ci comptent 3006 médecins, soit 74% des médecins lauréats aux EVC et inscrits à l'Ordre.

La spécialité la plus choisie est « médecine générale » ; 604 médecins ont choisi cette spécialité, ce qui représente 15% du nombre total de médecins. La qualification « médecine générale » est toujours la spécialité de plus demandée.

Tableau n°54 : les dix spécialités de plus choisies à exercer par les médecins lauréats aux EVC et inscrits à l'Ordre des médecins

MEDECINE GENERALE	640
PSYCHIATRIE	499
ANESTHESIE-REANIMATION	404
GERIATRIE	308
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	255
PEDIATRIE	241
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	217
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	214
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	116
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	112

7.3.2. Le changement de qualification

Une analyse du changement de qualification, entre « Qualification autorisation PAE » et « Qualification actuelle » a été faite sur tous les lauréats aux EVC inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins. La « Qualification autorisation PAE » veut dire que la qualification choisie lorsque les médecins s'inscrivent aux EVC et passent à CAE, est aussi la qualification initiale lors de leur première inscription à l'Ordre. La « Qualification actuelle » correspond à la qualification avec laquelle les médecins exercent actuellement.

Tableau n°55 : le taux de changement de qualification des médecins lauréats aux EVC et inscrits à l'Ordre des médecins

Année	nb changement qualification	(%)
2007	8	2%
2008	16	3%
2009	18	2%
2010	9	2%
2011	3	1%
2012	23	3%
2013	6	2%
2014	2	2%
2015	1	5%
2016	0	0%

Les médecins provenant de la PAE changent rarement de qualification après s'être inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins. Chaque année, entre 2007 et 2016, le taux de changement de qualification est autour de 3%. Les médecins provenant de la PAE préfèrent garder leur qualification initiale. L'hypothèse avancée dans le chapitre précédent, qui propose que les candidats de la PAE tendent à choisir une qualification plus facile à passer à l'occasion des EVC et tendent à changer de qualification initiale plus tard, n'est pas établie.

7.4. Recherche des médecins entrants en France avec un diplôme d'origine hors Union européenne entre 2007 et 2016, par Région et par département

Un travail avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins a été effectué pour montrer l'état des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins en France.

Tableau n°56 : le nombre des médecins entrants total ; le nombre des médecins entrants provenant de la PAE et son pourcentage

Année	Nb médecins entrants	Nb médecins entrants provenant de la PAE	%
2007	4995	184	3,7%
2008	5166	408	7,9%
2009	5259	591	11,2%
2010	5392	639	11,9%
2011	6053	735	12,1%
2012	6324	647	10,2%
2013	6940	724	10,4%
2014	7525	851	11,3%
2015	7714	786	10,2%
2016	8256	653	7,9%

Source : Section Formation et Compétences Médicales, Conseil National de l'Ordre des Médecins

Entre l'année 2007 et 2016, 6218 médecins en provenant de la PAE sont inscrits au tableau de l'Ordre en France (le nombre des médecins inscrits à l'Ordre en provenant de la PAE entre 2007 et 2016 n'est pas identique que celui des lauréats des EVC : un médecin inscrit à l'Ordre en 2007 pouvait dériver des lauréats des années avant 2007. Les chiffres des Points 7.1-7.3 sont calculés à la base du nombre des lauréats ; les chiffres du Point 7.4, provenant du Conseil National de l'Ordre des Médecins sont calculés à la base de l'inscription à l'Ordre). Le taux de ces médecins entrants, parmi la totalité de médecins entrants est autour de 11% à partir de l'année 2009 ; cependant ce taux descend à 7,9% en 2016.

Un autre tableau (*tableau n°57*) nous montre la répartition par région en France des médecins entrants avec un diplôme obtenu hors Union Européenne. L'Ile-de-France est la région qui reçoit le plus avec 2176 médecins installés, soit 35% du nombre total des médecins provenant de la PAE. La Région « Nord-Pas-de-Calais Picardie » et la Région « Auvergne Rhône-Alpes » la suivent. Aucun médecin provenant de la PAE n'est installé dans la Région « Corse ».

Tableau n°57 : la répartition par région en France des médecins entrants avec un diplôme obtenu hors Union Européenne

Région	Nombre
IDF	2176
Nord-Pas-de-Calais Picardie	715
Auvergne Rhône-Alpes	602
Normandie	308
Midi-Pyrénées Languedoc-Roussillon	350
Alsace Lorraine Champagne-Ardennes	397
Centre	309
Aquitaine Limousin Poitou-Charentes	325
Provence-Alpes-Côte-D'Azur	263
Bourgogne Franche-Comté	223
Pays-de-la-Loire	182
Bretagne	165
Outre-mer	203
Corse	0
Total	6218

7.4.1. Le médecin étranger aide pour les densités médicales ?

Au 1^{er} janvier 2016, la densité médicale métropolitaine en France est de 2,84³⁹ médecins pour 1000 habitants.

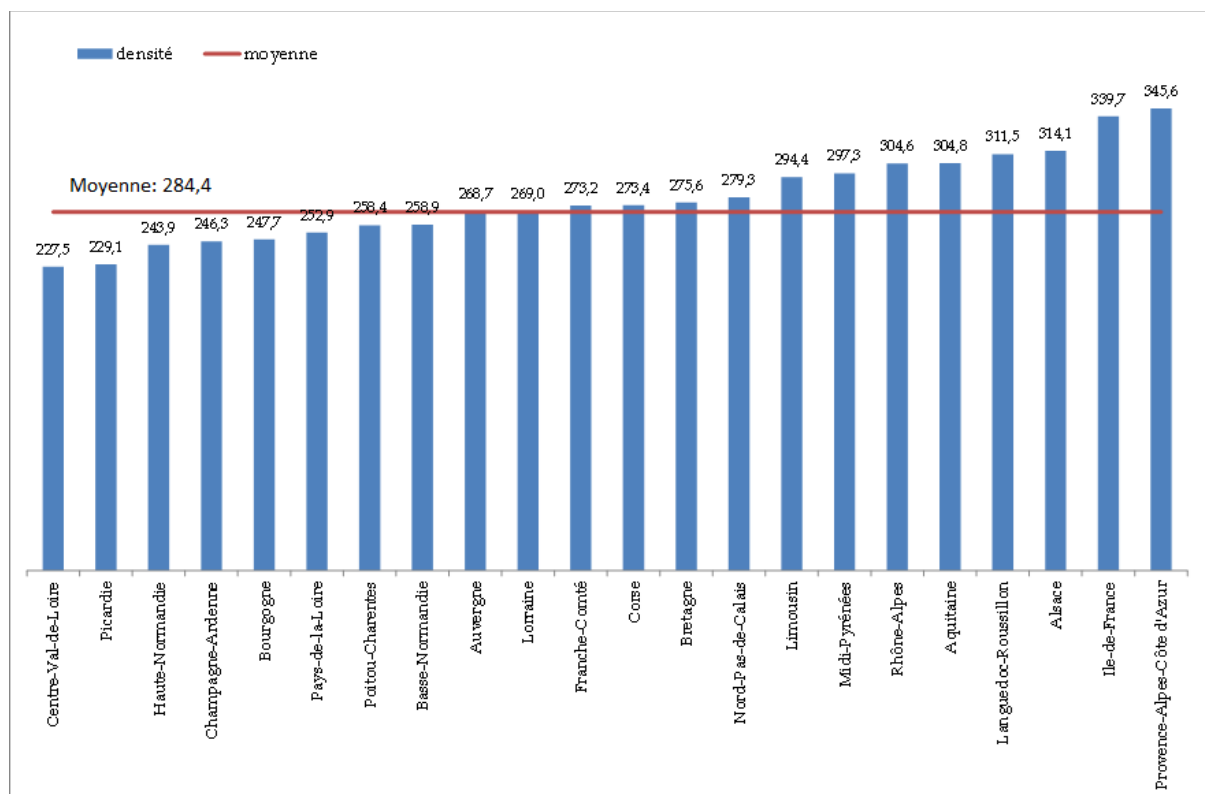
Les données de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) comparent la densité médicale de la France et nous montre qu'elle est au-dessous du niveau moyen des pays de l'OCDE, avec 3,3 médecins par 1000 habitants contre 3,5⁴⁰ médecins pour 1000 habitants.

Au niveau régional en France, la région Centre recense la plus faible densité avec 2,3 médecins pour 1000 habitants tandis que la région PACA enregistre la plus forte densité avec 3,5 médecins pour 1000 habitants.

³⁹ Atlas 2016, Conseil National de l'Ordre des Médecins

⁴⁰ Health at a Glance : Europe 2016, state of health in the EU cycle, OCDE : http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#page161, page 159

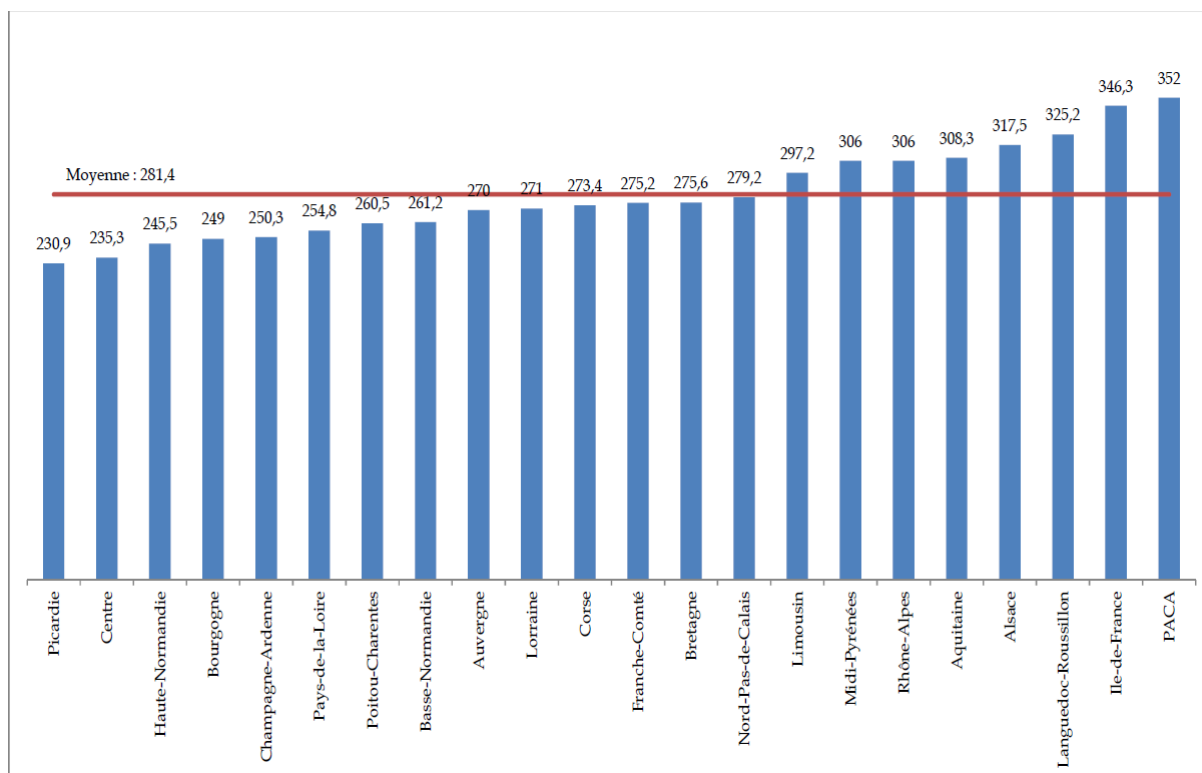
Graphique n°40 : la densité médicale en France au 1er janvier 2016



Source : Section Santé Publique et Démographie Médicale, Conseil National de l'Ordre des Médecins

Les trois régions qui recensent les plus faibles densités sont « Centre-Val-de-Loire », « Picardie » et « Haute-Normandie ». Les trois régions qui recensent les plus fortes densités sont « PACA », « IDF » et « Alsace ».

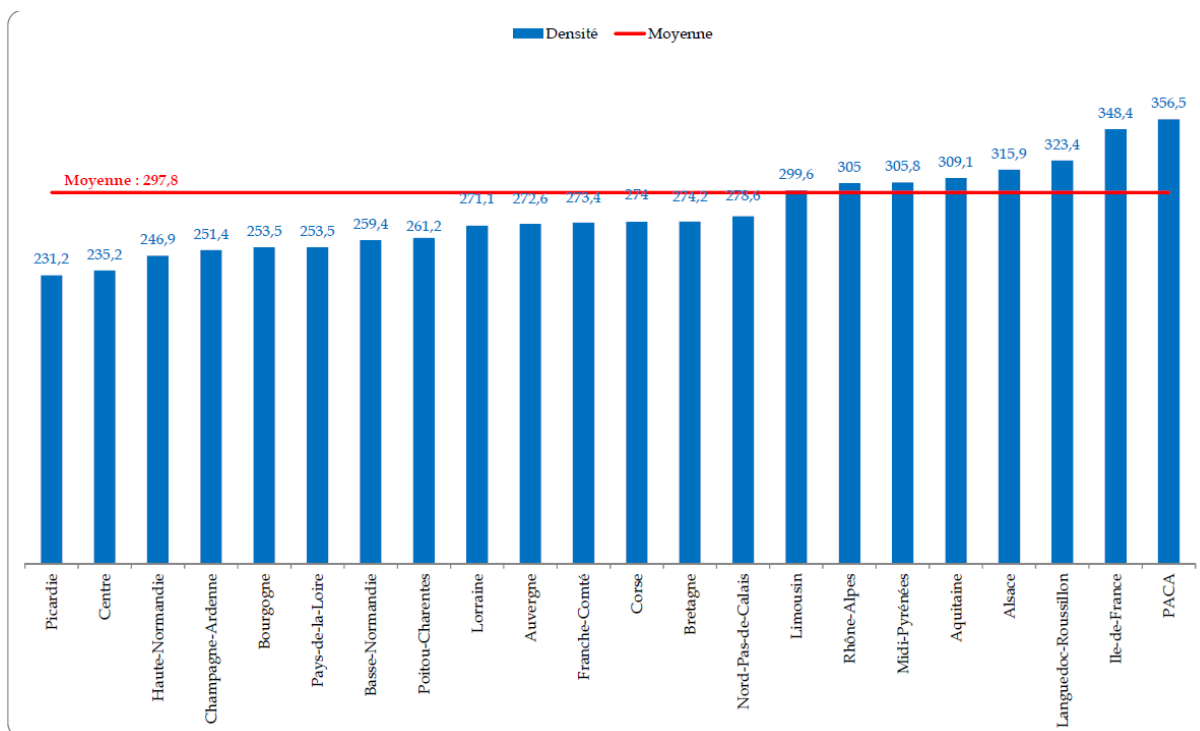
Graphique n°41 : la densité médicale en France en 2014



Source : Atlas 2015 pour la densité médicale par région en France en 2014, Conseil National de l'Ordre des Médecins

La densité médicale moyenne en 2014 en France est de 2,81 médecins pour 1000 habitants. Les trois régions qui recensent les plus faibles densités sont « Picardie », « Centre » et « Haute-Normandie ». Les trois régions qui recensent les plus fortes densités sont « PACA », « IDF », « Languedoc-Roussillon ».

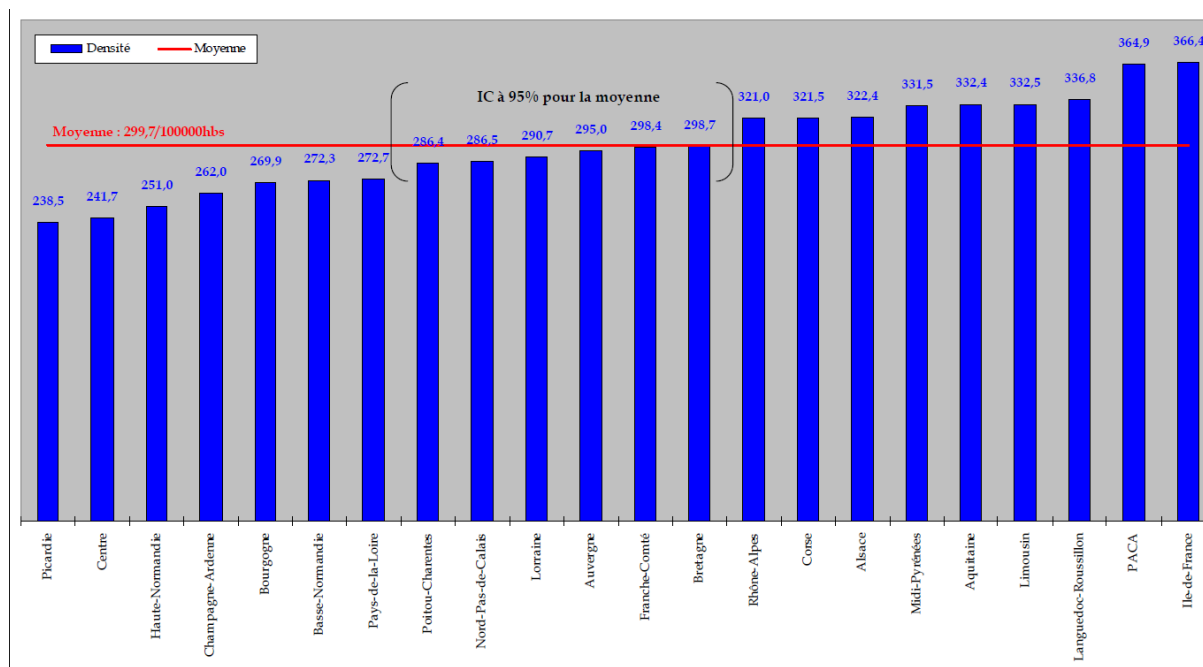
Graphique n°42 : la densité médicale en France en 2013



Source : Atlas 2014 pour la densité médicale par région en France en 2013, Conseil National de l'Ordre des Médecins

La densité médicale moyenne en 2013 en France est de 2,98 médecins pour 1000 habitants. Les trois régions qui recensent les plus faibles densités sont « Picardie », « Centre » et « Haute-Normandie ». Les trois régions qui recensent les plus fortes densités sont « PACA », « IDF », « Languedoc-Roussillon ».

Graphique n°43 : la densité médicale en France en 2012



Source : Atlas 2013 pour la densité médicale par région en France en 2012, Conseil National de l'Ordre des Médecins

La densité médicale moyenne en 2012 en France est de 2,99 médecins pour 1000 habitants. Les trois régions qui recensent les plus faibles densités sont « Picardie », « Centre » et « Haute-Normandie ». Les trois régions qui recensent les plus fortes densités sont « IDF », « PACA », « Languedoc-Roussillon ».

Nous constatons que les trois régions qui recensent les plus faibles densités entre 2012 et 2014 n'ont pas changées, lesquelles restent toujours les régions « Picardie », « Centre » et « Haute-Normandie ».

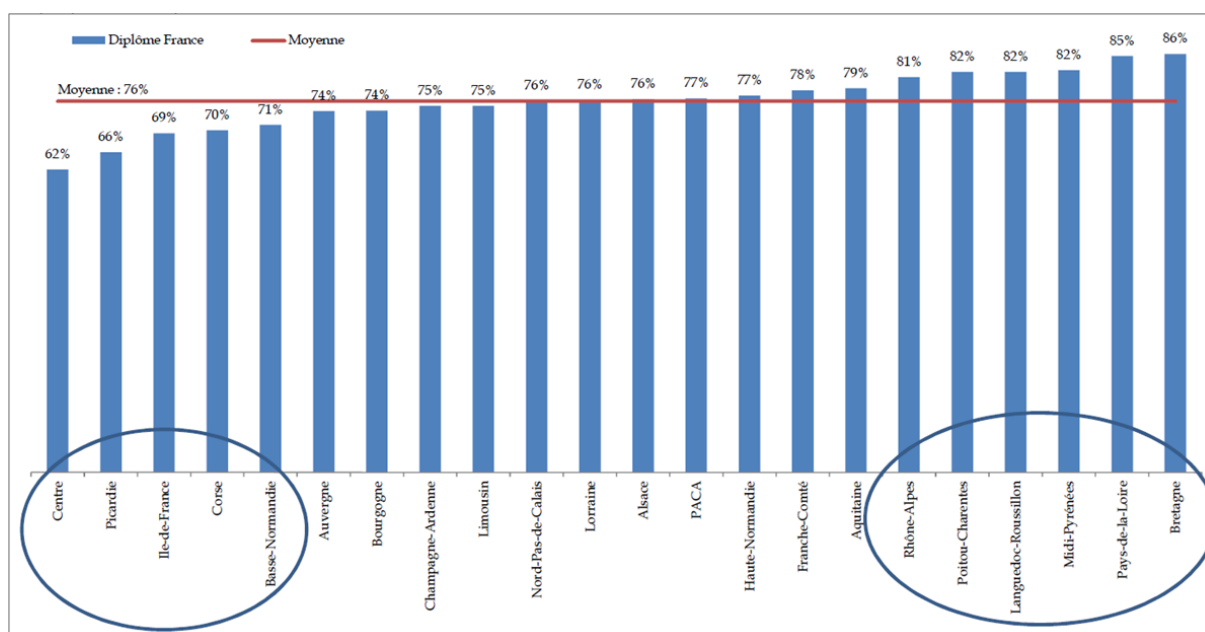
7.4.2. Les nouveaux médecins entrants

Une analyse plus détaillée a été faite pour connaître la catégorie des médecins entrants.

Généralement, tous les nouveaux médecins entrants sont partagés en trois catégories qui correspondent aux trois voies d'obtention de diplôme du médecin en France : « Diplôme obtenu en France », « Diplôme obtenu Union Européenne », « Diplôme obtenu hors Union Européenne ».

Pour l'année 2014, ce graphique nous montre que pour les nouveaux médecins entrants avec un « Diplôme obtenu en France », les trois régions qui sont les moins attirées sont « Centre », « Picardie », « IDF » ; les trois régions qui sont les plus attirées sont « Bretagne », « Pays-de-Loire », « Midi-Pyrénées ».

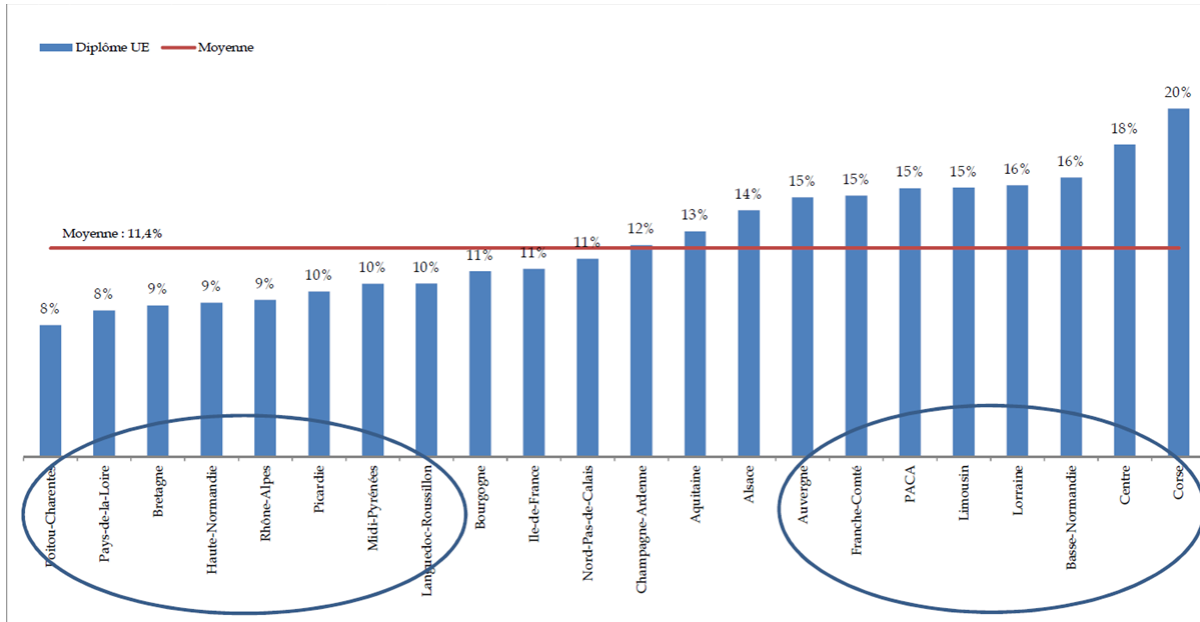
Graphique n°44 : Diplôme obtenu en France



Source : Atlas 2015 pour l'année 2014, Conseil National de l'Ordre des Médecins

Concernant les médecins entrants du « Diplôme obtenu Union Européenne », les trois régions qui sont les moins attirées sont « Poitou-Charentes », « Pays-de-Loire », « Bretagne » ; les trois régions qui sont les plus attirées sont « Corse », « Centre », « Basse-Normandie ».

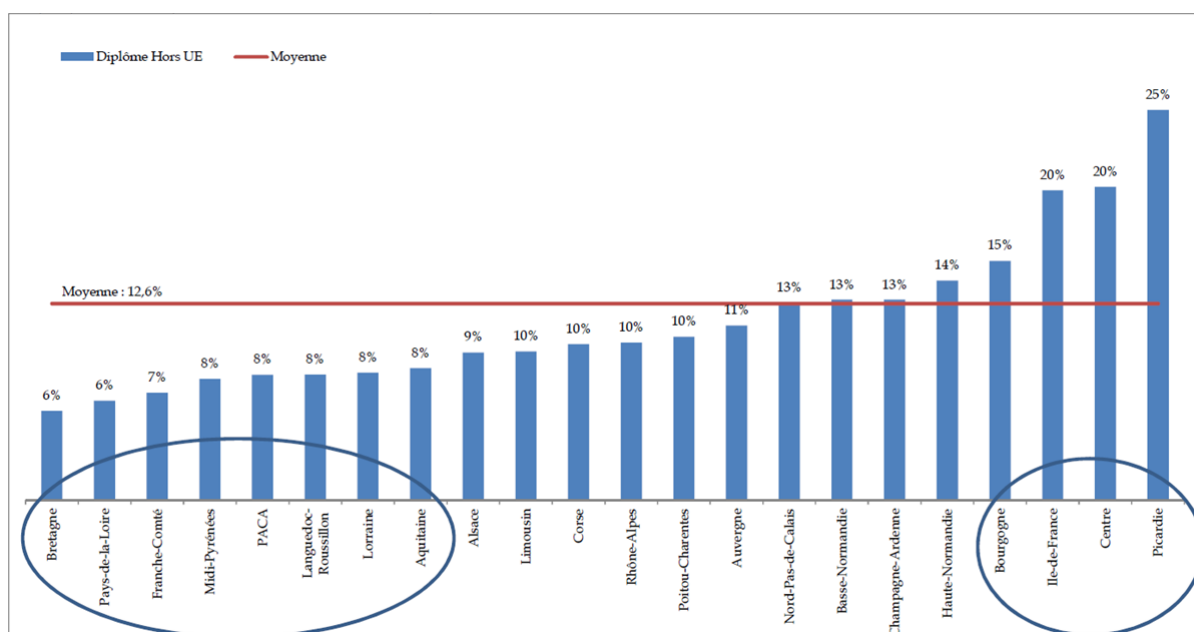
Graphique n°45 : Diplôme obtenu Union Européenne



Source : Atlas 2015 pour l'année 2014, Conseil National de l'Ordre des Médecins

Dans le dernier graphique de catégorie médecins entrants du « Diplôme obtenu hors Union Européenne », nous constatons que, les trois régions qui sont les moins attirées sont « Bretagne », « Pays-de-Loire », « Franche-Comté » ; les trois régions qui sont les plus attirées sont « Picardie », « Centre », « IDF ».

Graphique n°46 : Diplôme obtenu hors Union Européenne



Source : Atlas 2015 pour l'année 2014, Conseil National de l'Ordre des Médecins

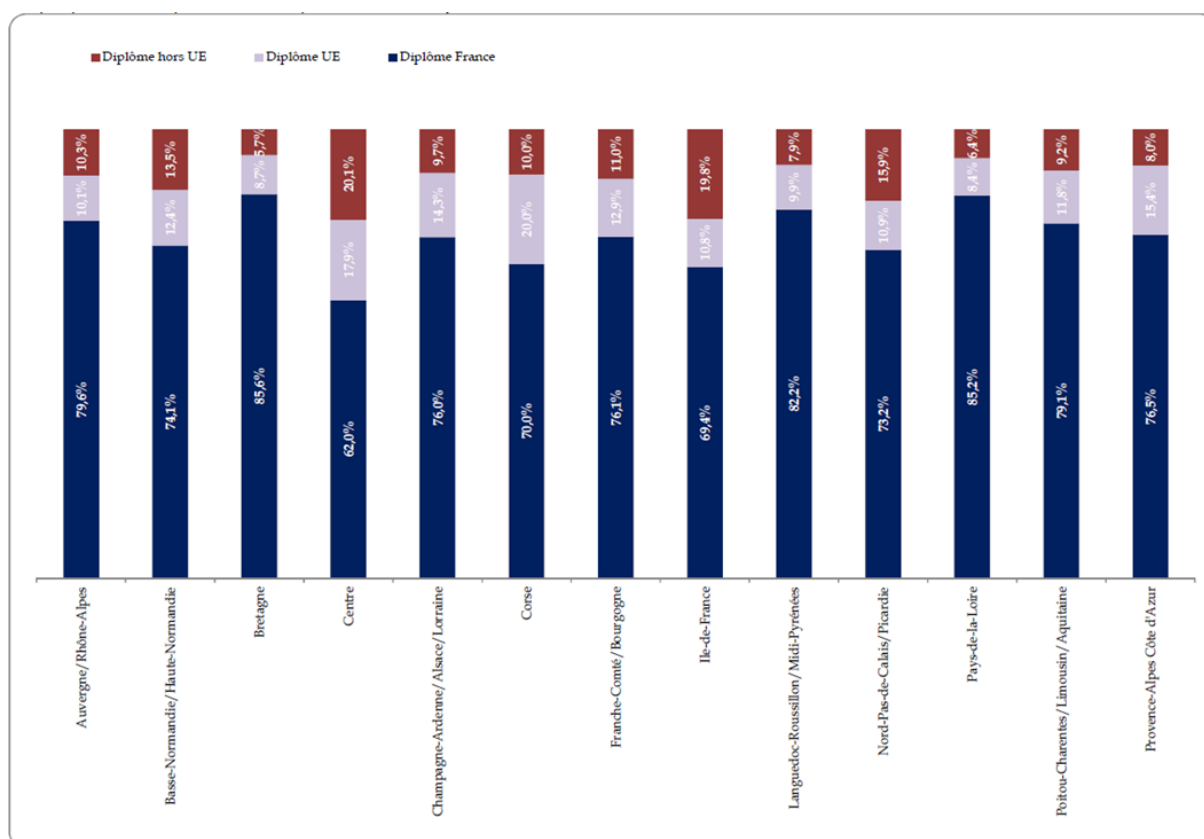
Il est étonnant que pour les régions qui sont moins attirées par les médecins entrants avec le diplôme obtenu en France soit néanmoins plus intéressées par les médecins entrants du diplôme obtenu hors Union Européenne.

Parmi les trois régions qui attirent le plus les médecins entrants de diplôme obtenu hors Union Européenne, deux recensent la densité médicale la plus faible en France : « Picardie » et « Centre » ; aucun décret n'oblige les médecins entrants de diplôme obtenu hors Union Européenne à s'installer dans ces deux régions. Au contraire, les données nous montrent bien que l'entrée des médecins de diplôme obtenu hors Union Européenne aide à maintenir une densité médicale dans certaines régions de « médecins déserts » en France.

7.4.3. Est-ce que les médecins de diplôme obtenu hors Union Européenne représentent plus de la majorité des médecins en France ?

Lorsque nous retournons au graphique de la répartition des diplômes selon la réforme territoriale, il est évident que dans certaines régions comme « Picardie », « Centre », « IDF », les médecins de diplôme hors Union Européenne représentent en moyenne 20% de la totalité des médecins. Les médecins de diplôme hors Union Européenne représentent 11,3% de la totalité des médecins dans toutes les régions.

Graphique n°47 : Répartition des diplômes selon la réforme territoriale



Source : Atlas 2015 pour l'année 2014, Conseil National de l'Ordre des Médecins

Si nous nous concentrons sur la région où la densité médicale est la plus faible en France, c'est-à-dire la « Picardie », les résultats d'analyse⁴¹ montrent que, en 2015, 178 nouveaux médecins sont entrés dans la région et que parmi eux, 48 médecins ont obtenu leur diplôme hors Union Européenne, soit 27%. Ce chiffre nous montre que dans certaines régions en France, les médecins diplômés hors Union Européenne sont indispensables.

Les médecins de diplôme hors Union Européenne occupent un statut important en France, et leur chiffre peut monter jusqu'au 1/3 dans certaines grandes régions comme la « Picardie ». Ce qui est plus important est que c'est aussi dans ces régions que les médecins de diplôme obtenu en France ne veulent pas s'installer. La présence de médecins de diplôme obtenu hors Union Européenne est donc importante et indispensable, participant au maintien la densité médicale des régions mais aussi à la qualité de santé des habitants.

Si nous remontons en arrière sur le point de la « régularisation », nous trouverons que la régularisation des médecins de diplôme hors Union Européenne est importante : elle gère non seulement des médecins étrangers tendant à exercer en France, mais aussi des vrais futurs médecins qui sont indispensable pour la France. La régularisation est importante parce qu'elle n'est pas faite que pour contrôler le niveau médical des médecins de diplôme hors Union européenne, mais aussi pour garantir la qualité médicale des habitants français.

⁴¹ Section « Formation et Compétences médicales », Conseil National de l'Ordre des Médecins

7.4.4. L'orientation des nouveaux médecins entrants de diplôme obtenu hors Union Européenne

Par rapport au taux moyen de densité médicale des pays de l'OCDE, celui de la France est toujours faible, comme illustré précédemment par les graphiques de la densité médicale entre 2012 et 2015 ; nous trouvons que pour 2/3 des régions, les densités médicales sont en-dessous de la densité médicale moyenne.

Le gouvernement, à la rentrée de l'année scolaire 2016-2017, a commencé à augmenter les places de numerus clausus afin d'augmenter le nombre de médecins en France. Néanmoins, en sachant que dans la voie classique, un cycle de formation des études médicales compte généralement de 10 à 12 ans, le premier profit bénéficiaire de cette exécution administrative ne sera visible qu'en 2026.

L'importance de l'entrée en France des médecins de diplôme hors Union Européenne est une évidence. L'orientation géographique des nouveaux médecins de diplôme hors Union Européenne serait une solution potentielle et pérenne afin d'augmenter le nombre de médecins en France, mais plus important encore cela permettrait de remplir les creux des densités médicales dans certaines régions de désertification médicale en France.

La régularisation des médecins de diplôme hors Union Européenne se met à terme. Le travail n'est néanmoins pas terminé, car l'orientation, la gestion et le Développement Professionnel Continu (DPC) des médecins entrant de diplôme hors Union Européenne est une mission beaucoup plus importante pour le gouvernement, en attendant de connaître l'impact de l'augmentation du nombre des étudiants en médecine en France sur les 10 prochaines années.

Conclusion

La procédure d'autorisation d'exercice est aujourd'hui la voie principale qui permet aux praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne de pouvoir exercer la médecine en France.

Depuis l'exécution de la loi 2012-157 du 1^{er} février 2012 jusqu'à la fin de l'année 2016, la procédure d'autorisation d'exercice compte 26562 inscriptions et 14647 présentations dont 4866 reçus aux Epreuves de Vérification des Connaissances à la Procédure d'Autorisation d'Exercice.

La régularisation des praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne s'étant déjà installés en France fonctionne et favorise la présentation des praticiens aux Epreuves de Vérification des Connaissances, leur passage devant la Commission d'Autorisation d'Exercice et leur inscription au tableau de l'Ordre des médecins. La procédure de régularisation réduit aussi le nombre de praticiens non régularisés en France. Jusqu'à la fin 2016, 53 praticiens ont échoué 3 fois aux Epreuve de Vérification des Connaissances et n'ont plus de possibilité de se représenter. Le total de praticiens non régularisés en France est de 1247.

Entre 2012 et 2016, la liste A recense toujours le plus grand nombre de praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne, concerne principalement les nouveaux arrivants ; le nombre de la liste B augmente doucement, largement impacté par les événements de la scène politique internationale ; la liste C est conçue spécialement pour régulariser les médecins qui sont déjà installés en France, l'exécution de la loi 2012-157 fait diminuer le nombre de la liste C, et par conséquence, cette liste est en voie d'extinction.

Le report des candidats inscrits et présents de la liste A et à la liste C à partir de l'année 2012 est remarquable, avec plus de 700 candidats provenant de la liste A qui se sont présentés à la liste C, et dont la plupart des transferts ont été effectués en 2012. Généralement, les résultats aux Epreuve de Vérification des Connaissances des candidats des anciennes listes A sont meilleurs. Certains transferts existaient de la liste C à la liste A, mais il s'agit surtout des candidats qui ne satisfont pas à la condition de la loi 2012-157 pour se présenter à la liste C ; ils étaient plus de 70 en 2012.

La loi 2012-157 du 1^{er} février 2012 qui a pris fin à la fin de l'année 2016 a donné place à l'article 92 de la loi n°2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne et permet aux praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne de continuer de se présenter à la liste A et liste B des Epreuves de Vérification des Connaissances. Les praticiens qui sont déjà installés en France ont le droit de conserver leur poste actuel jusqu'au 31 décembre 2018, mais ils n'ont pas le droit de se présenter à la liste C, étant donné que la liste C a été supprimée.

Le suivi de gestion des praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne après 2016 est d'une grande importance ; d'une part, parce que le gouvernement devrait trouver des solutions pour les praticiens non régularisés des anciennes listes C qui ont complètement perdu le droit de se présenter à la liste C après 2016 et de conserver leur poste après 2018 ; d'autre part, parce que la procédure d'autorisation d'exercice pour les praticiens nouveaux arrivants doit être perfectionnée.

La thèse propose une réorientation des praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne dans les différents départements et régions où il existe une désertification médicale. Cette proposition pourrait être non seulement appliquée pour les praticiens des anciennes listes C mais aussi pour les praticiens nouveaux arrivants.

Ce travail fondamental de gestion des praticiens à diplôme obtenu hors Union Européenne devrait aussi se concentrer sur l'accès à la formation des médecins lauréats aux Epreuves de Vérification des Connaissances et déjà inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, afin de leur donner la possibilité d'améliorer leur niveau médical. La mise en place de certaines mesures comme le Développement Professionnel Continu (DPC) est recommandée afin d'augmenter le niveau global de la qualité de l'exercice en France.

Table des matières

Remerciements	4
Avertissement	7
Liste des principales abréviations	8
1. La place de la Procédure d'autorisation d'exercices dans les conditions d'exercice des professions médicales en France	15
1.1. Introduction	15
1.2. Études médicales :	17
1.2.1. Premier cycle : Première année, numerus clausus et deuxième année	20
1.2.2. Les passerelles d'entrée dans les études médicales	24
1.2.3. Deuxième cycle : Le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales...	33
1.2.4. Accès aux Epreuves Classantes Nationales et Troisième cycle des études médicales.....	34
1.2.5. 3 ^{ème} cycle des études médicales.....	36
1.2.6. Accès au 3 ^{ème} cycle pour les étudiants de médecine ni ayant la nationalité française et ni ayant suivi les études médicales en France	46
2. Reconnaissance automatique et régime général	49
2.1. Aspect juridique de Reconnaissance automatique	49
2.1.1. La reconnaissance automatique	51
2.1.2. La procédure du « régime général européen »	53
2.1.3. Le régime européen « 1 bis »	56
2.1.4. Le problème de nationalité	56
2.1.5. La Régularisation des candidats « Régime général »	57
3. Procédure d'Autorisation Ministérielle d'Exercice (PAE)	59
3.1. Les médecins étrangers sont toujours autorisés à exercer en France	59
3.1.1. Histoire de la PAE	60
3.1.2. Aspect juridique de la Procédure d'Autorisation d'Exercice	63
3.1.3. Problème de l'épreuve de langue française	80
3.1.4. La mise en place des DFMS et DFMSA remplaçant les AFS et AFSA	85
4. Analyse quantitative des 3 listes d'inscription aux Epreuves de vérification des connaissances	88
4.1. Base de données et textes législatifs	88
4.2. Matériels et méthodes	89
4.3. Les analyses globales de trois listes entre 2012 et 2016	93

4.3.1.	Les inscrits et présents aux épreuves de vérification des connaissances entre 2012 et 2016.....	93
4.3.2.	Les réussites aux EVC entre 2012 et 2016.....	98
4.3.3.	Ages.....	101
4.3.4.	Spécialité.....	105
5.	Analyse transversale des 3 listes d'inscription aux EVC à la Procédure d'Autorisation d'Exercice.....	106
5.1.	Année 2012.....	106
5.1.1.	Analyse générale.....	106
5.1.2.	Analyse du profil des candidats :.....	108
5.1.3.	Analyse des résultats des candidats.....	111
5.2.	Année 2013.....	114
5.2.1.	Analyse générale.....	114
5.2.2.	Analyse du profil des candidats :.....	116
5.2.3.	Analyse des résultats des candidats.....	118
5.3.	Année 2014.....	121
5.3.1.	Analyse générale.....	121
5.3.2.	Les candidats Syriens :.....	123
5.3.3.	Analyse du profil des candidats :.....	125
5.3.4.	Analyse des résultats des candidats.....	127
5.4.	Année 2015.....	130
5.4.1.	Analyse générale.....	130
5.4.2.	Analyse du profil des candidats :.....	133
5.4.3.	Analyse des résultats des candidats.....	135
5.5.	Année 2016.....	138
5.5.1.	Analyse générale.....	138
5.5.2.	Analyse du profil des candidats :.....	141
5.5.3.	Analyse des résultats des candidats.....	143
6.	Analyse qualitative des 3 listes d'inscription à la Procédure d'Autorisation d'Exercice.....	146
6.1.	Analyse des candidats inscrits.....	146
6.2.	Analyse des candidats présents.....	150
6.3.	Evolution du nombre de candidats présents en liste A aux EVC de la Procédure d'Autorisation d'Exercice.....	154
6.3.1.	L'évolution de l'état général (nombre d'inscrits ; nombre de candidats présents au concours ; taux de présence) de la liste A, entre 2012 et 2016.....	154
6.3.2.	L'évolution du nombre de candidats présents, de candidats primo-présents et du taux de primo-présence de la liste A, entre 2012 et 2016.....	157

6.4. Evolution du nombre de candidats présents en liste B aux EVC de la Procédure d'Autorisation d'Exercice.....	159
6.4.1. L'évolution de l'état général (nombre d'inscrits ; nombre de présents à l'examen ; taux de présence) de la liste B, entre 2012 et 2016	159
6.4.2. L'évolution du nombre de candidats présents, de candidats primo-présents et du taux de primo-présence de la liste B, entre 2012 et 2016	162
6.4.3. La composition de la liste B de 2012 à 2016.....	164
6.4.4. Candidats d'origine syrienne, le nombre de présents et le taux d'occupation des candidats présents dans la liste B entre 2012 et 2016	168
6.4.5. Les résultats aux EVC des candidats syriens dans la liste B	170
6.5. Evolution du nombre de candidats présents en liste C aux EVC de la Procédure d'Autorisation d'Exercice.....	171
6.5.1. L'évolution de l'état général (nombre d'inscrits ; nombre de présents à l'examen ; taux de présence) de la liste C, entre 2012 et 2016.....	171
6.5.2. L'évolution du nombre de candidats présents, de candidats primo-présents et du taux de primo-présence de la liste C, entre 2012 et 2016	174
6.5.3. L'impact de la loi du 1 ^{er} février 2012 sur l'élargissement du périmètre des candidats présents en 2012	176
6.5.4. L'analyse de l'impact de la loi 1 ^{er} février 2012 sur le transfert des candidats présents de la liste A à la liste C.....	177
6.6. Evaluation des échecs et du stock des candidats de la liste C.....	191
6.6.1. Evaluation des candidats non retenus de la liste C entre 2012 et 2016	191
6.6.2. Evaluation du stock des candidats dans la liste C	193
6.7. L'avenir de la liste C et l'avenir des candidats de la liste C.....	193
6.7.1. L'avenir de la liste C	193
6.7.2. L'avenir des candidats n'ont pas été retenus aux EVC devant 31 décembre 2016.....	194
7. Les médecins ayant réussi à la commission d'autorisation d'exercice et inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ; leur installation, leur état actuel..	196
7.1. Recherche des médecins lauréats des EVC et leur inscription au Tableau de l'Ordre des médecins par année	197
7.2. Recherche des médecins lauréats aux EVC et leur inscription au Tableau de l'Ordre des médecins par les trois listes.....	199
7.3. Médecins de diplôme hors Union européenne, leur qualification et changement de qualification.....	203
7.3.1. Les spécialités d'exercice choisies par les médecins de diplôme hors Union européenne qui sont lauréats aux EVC et inscrits à l'Ordre des médecins	203
7.3.2. Le changement de qualification.....	206
7.4. Recherche des médecins entrants en France avec un diplôme d'origine hors Union européenne entre 2007 et 2016, par Région et par département.....	208

7.4.1.	Le médecin étranger aide pour les densités médicales ?	210
7.4.2.	Les nouveaux médecins entrants.....	215
7.4.3.	Est-ce que les médecins de diplôme obtenu hors Union Européenne représentent plus de la majorité des médecins en France?	218
7.4.4.	L'orientation des nouveaux médecins entrants de diplôme obtenu hors Union Européenne	220
Conclusion	221
Bibliographie	227

Bibliographie

1. Article 4111-1 du Code de la Santé Publique.
2. Article L.613-5 du code de l'éducation.
3. Article D.4111-6 du code de santé publique.
4. Article R. 6152-635 du code de la santé publique.
5. Article R.6152-538 du code de la santé publique.
6. Article L4111-1 modifié par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 – art. 2 du Code de la Santé Publique.
7. Article L4111-2 modifié par loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art.121 du Code de la Santé Publique.
8. Article L4131-1 modifié par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 – art.3 du Code de la Santé Publique.
9. Article 60 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, modifié par Ordonnance 2004-637, 2004/07/01, article 10 5°. JORF du 2 juillet 2004 en vigueur le 1^{er} septembre 2005.
10. Article 83 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale.
11. Article 1 de la loi n°2012-157 du 1^{er} 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 Etat non membre de l'Union européenne. JORF n°0028 du 2 février 2012 page 1906.
12. Article 92 de la loi n°2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne. JORF n°0302 du 29 décembre 2016.
13. Article 1^{er} de l'arrêté du 30 juin 2004, modifié, portant règlement de qualification des médecins « sont reconnus qualifiés les médecins qui possèdent l'un des documents suivants ».
14. Article 4 de l'Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine.

15. Arrêté fixant le nombre de places offertes pour l'année universitaire pour l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme (Année 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016).
16. Arrêté fixant le nombre de places offertes pour l'année universitaire pour l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques ou de sage-femme aux étudiants qui souhaitent exercer leur droit au remords (Année 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016).
17. Arrêté fixant le nombre de places offertes pour l'année universitaire pour l'admission en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme (Année 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016).
18. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, l'article 1 du chapitre 1er : Liste des diplômes d'études spécialisées de médecine.
19. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine, Chapitre 1er : Liste des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.
20. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
21. Arrêté du 1er juillet 2013 fixant au titre de l'année universitaire 2013-2014 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire.
22. Arrêté du 10 juillet 2014 fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire. JORF n°0159 du 11 juillet 2014 page 11516, texte n° 29. NOR: AFSH1416661A.
23. Arrêté du 29 décembre 2014 et 21 décembre 2015 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2014-2015, 2015-2016 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2015-2016, 2016-2017 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.
24. Arrêté du 9 juillet 2015 fixant au titre de l'année universitaire 2015-2016 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire. JORF n°0159 du 11 juillet 2015 page 11882, texte n° 30. NOR: AFSH1516745A.

25. Arrêté du 21 décembre 2015 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2015-2016 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2016-2017 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.
26. Arrêté du 10 janvier 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2016-2017 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2017-2018 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.
27. Atlas 2012, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
28. Atlas 2013, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
29. Atlas 2014, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
30. Atlas 2015, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
31. Atlas 2016, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
32. Bulletin officiel N° 46 du 16 décembre 2010, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.
33. X. Chen, L. Rubiano, D. Bertrand, J-Y. Artigou, D. Toupillier. The Authorization procedure for practice in cardiology from 2005 till 2012 - La Procédure d'autorisation d'exercice en cardiologie de 2007 à 2015, Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux – Pratique / Volume 2017, Issue 255, February 2017, Pages 22–27 / FI; SCI – 0.519
34. D. Bertrand, G. Pataud, L. Rubiano, X. Chen. La Procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme hors Union européenne depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2006, Cahier de la fonction publique, 367-2016 Pages 65-71
35. Cour de justice des Communautés européennes, 14 septembre 2000, Hoczman, aff. C-238/98.
36. Cour de justice des Communautés européennes, 3^e ch., 22 janvier 2002, aff. C-31/00, ayant pour objet une demande adressée à la Cour, en application de l'article 234 CE, par la Cour de cassation (Belgique) et tendant à obtenir, dans le litige

pendant devant cette juridiction entre le Conseil national de l'Ordre des architectes et Nicolas Dreessen.

37. Conseil National de l'Ordre des Médecin, « Etude comparative des voies de qualification des spécialités médicales ».
38. Directive 2005/36/CE du Parlement européen, modifiée, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (Journal officiel du 31 mai 2008) s'avère être le texte qui encadre la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles des médecins.
39. Daudigny Y, « Rapport du Sénat n°274. 2012 ».
40. Décision n°2006-544 DC du 14 décembre 2006.
41. Décret n° 2012-659 du 4 mai 2012 portant 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 Etat non membre de l'Union européenne. JORF n°0107 du 6 mai 2012 page 8108 texte n° 30.
42. Décret n° 2017-246 du 27 février 2017 relatif à la procédure et aux commissions d'autorisations d'exercice pour la profession de médecin, prévues aux articles L. 4131-4 et L. 4131-4-1 du code de la santé publique.
43. Décret n°2007-123 du 29 janvier 2007 relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecins, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien.
44. Jurisprudence DREESSEN et HOCSMAN : Les articles 10 à 16 de la directive 2005/36/CE modifiée.
45. Les voies d'Accès au plein exercice, éléments juridiques et démographiques à l'appui au rapport, académie de médecine, commission financement et assurance maladie, Pr Dominique Bertrand.
46. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p.12184, texte n°1.
47. ONDPS. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Rapport 2013-2014. La régulation démographique des professionnels de santé par les flux d'étudiants. Le numérus clausus des trois professions médicales et des pharmaciens. P11.
48. DREES. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Portrait des professionnels de santé. Edition 2016. Les évolutions du numérus clausus et des quotas pour les professionnels de santé.

49. GOLFOUSE. A, PHENG. B. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Rapport 2015. Les épreuves classantes nationales donnant accès au 3^{ème} cycle des études médicales.
50. Health at a Glance: Europe 2016, state of health in the EU cycle, OCDE: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#page161, page 159.

Annexes et Publications :

X. Chen, L. Rubiano, D. Bertrand, J-Y. Artigou, D. Toupillier. The Authorization procedure for practice in cardiology from 2005 till 2012 - La Procédure d'autorisation d'exercice en cardiologie de 2007 à 2015, Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux – Pratique / Volume 2017, Issue 255, February 2017, Pages 22–27 / FI; SCI – 0.519

D. Bertrand, G. Pataud, L. Rubiano, X. Chen. La Procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme hors Union européenne depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2006, Cahier de la fonction publique, 367-2016 Pages 65-71

B. Boyer, X. Chen et al. « La dignité humaine en santé », Etudes Hospitalières 2017-935, tl 390 pages

A. Depaigne-Loth, V. Mounic, M. Makhoukh, X. Chen. Accreditation: 4000 recommendations for improvement: Do they make a difference?, International Society for Quality in Health Care, ISQua, 13-1356

A. Depaigne-Loth, V. Mounic, N. Abdelmouméne, X. Chen, D. Ferréol, G. Georg, M. Makhoukh, G. Delacourt. Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé ?, Haute Autorité de Santé, HAS, N° ISBN 978-2-11-128582-8

P. Bouet, R. Nicodème, A. Tornay, G. Fernandez, X. Chen et al. « Etude comparative des voies de qualification des spécialités médicales », Conseil National de l'Ordre des Médecins

AMCP_255 / ACTUALITES / QUALIFICATION EN CARDIOLOGIE

La Procédure d'Autorisation d'Exercice en cardiologie de 2007 à 2015

Title

X. Chen¹, L. Rubiano², D. Bertrand³, J.-Y. Artigou⁴, D. Toupillier⁵

¹ Doctorant, École doctorale Sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion - ED 262, Université René Descartes - Paris 5, 12 rue de l'École de Médecine, 75006 Paris

² Master en santé publique. Doctorante École doctorale Sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion - ED 262, Université René Descartes - Paris 5, 12 rue de l'École de Médecine, 75006 Paris

³ Professeur Emérite, Médecin de Santé Publique, Université Denis Diderot – Paris 7, 5 rue Thomas Mann, 75013 Paris

⁴ Président de la Commission de qualification de première instance en cardiologie et maladies vasculaires, Conseil national de l'ordre de médecins (CNOM), 180 boulevard Hausmann, 75008 Paris

⁵ Directrice générale du CNG, 21 rue Leblanc, 75005 Paris

L'exercice de la profession de médecin en France est soumis à trois conditions cumulatives : du diplôme, de nationalité et d'inscription au tableau de l'ordre [1].

Tous les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) voulant exercer en France sont obligés de suivre une procédure particulière pour obtenir le plein exercice et le droit d'inscription au tableau de l'Ordre.

Comme pour les autres spécialités médicales, la qualification en cardiologie en dehors du DES [1] concerne essentiellement :

- les médecins européens à diplôme européen (reconnaissance automatique si le diplôme est conforme), ainsi que le Régime Général Européen, principalement deux

- jurisprudences (HOCSMAN et DREESSEN) ;
- les médecins à diplôme hors Union européenne ;
- seuls les médecins à diplôme hors Union européenne sont envisagés ; les diplômes européens ont été traités par J.-Y. Artigou [1].

Successivement, sont présentés les aspects législatifs et réglementaires, puis l'analyse quantitative concernant la cardiologie, et en fin l'analyse des évolutions annuelles, sur la période 2007-2015.

I- Aspect législatif et réglementaire de la Procédure d'Autorisation d'Exercice

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2006 pour 2007 a modifié la procédure relative à l'autorisation d'exercice des médecins à diplôme extracommunautaire ; elle a été complétée par la loi du 1er février 2012.

Les candidats s'inscrivent aux épreuves organisées par le CNG [1] mais dans des listes différentes.

L'inscription aux épreuves écrites

Trois modalités d'inscription sont possibles selon le statut du médecin :

- Liste A :
Pour se présenter à la liste A, un doctorat en médecine permettant l'exercice dans son pays du diplôme est suffisant, le candidat s'inscrit dans la spécialité qu'il souhaite exercer en France.
C'est un concours dont le nombre de lauréats est fixé par le Ministère chargé de la santé, dans chaque spécialité.
Le choix des spécialités par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) se fait sur plusieurs critères : spécialités reconnues déficitaires, plans de santé publique...
- Liste B :
Pour se présenter à cette liste il est nécessaire d'avoir acquis un statut de réfugié, d'apatride, de bénéficiaire de l'asile territorial ou pour les français d'avoir regagné le territoire national à la demande des autorités françaises. Ils concourent dans leurs spécialités sans quota. Cette disposition est pérenne. C'est un examen. Donc, seule la moyenne est exigée pour la réussite.
- Liste C :
Ce dispositif permet de régulariser les personnes exerçant en France, parfois depuis longtemps, en reconnaissant leurs services rendus.
Les conditions d'éligibilité, modifiées par la loi de 2012 concernent : l'exercice de fonctions rémunérées (aucune durée précisée) avant le 3 juillet 2010 (Décret n°2007-123 du 29 janvier 2007 relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des

professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacie) et justifier de fonctions rémunérées en France pendant une période continue de deux mois avant le 31 décembre 2011 dans des établissements publics de santé ou privés participant au service public hospitalier. Les praticiens doivent avoir exercé sous certains statuts : assistant associé, attaché associé, ainsi que faisant fonction d'interne et/ou infirmier.

Il s'agit d'un examen. Toutes les spécialités sont ouvertes chaque année.

Les candidats éligibles à cet examen peuvent, jusqu'à épuisement de leurs droits, se présenter aux épreuves et exercer à l'hôpital, jusqu'au 31 décembre 2016, en accomplissant des fonctions d'assistant associé ou de praticien attaché associé dans un établissement public de santé. Ce dispositif sera très probablement prolongé.

La loi du 1^{er} février de 2012 a augmenté le périmètre de la régularisation de 6 ans.

Le cadre général de la Procédure d'Autorisation d'Exercice conformément à la loi 2006

Cette procédure se déroule en plusieurs phases (Tableau 1) :

- inscription dans une des listes,
- épreuves de vérification des connaissances (EVC),
- exercice hospitalier et évaluation des pratiques professionnelles,
- avis de la commission d'autorisation d'exercice dans la spécialité sollicitée,
- décision ministérielle.

- **Inscription dans la procédure au niveau de l'ARS.**
- **Les épreuves de vérification des connaissances (EVC)**

Elles comportent deux types d'épreuves écrites : connaissances fondamentales et connaissances pratiques :

- **Epreuve de connaissances fondamentales** : coefficient 2, durée de 2h, concernant la « physiologie/sémiologie ». L'épreuve de connaissances fondamentales a été modifiée en 2012 (cf. 1C) ;
- **Epreuve de connaissances pratiques** : coefficient 2, durée de 2h, concernant les cas cliniques
Niveau de français : Exigé à l'inscription : le DELF B2.
Chaque épreuve doit avoir une note supérieure à 6/20.

- **L'évaluation des pratiques professionnelles**

Les médecins lauréats des épreuves de vérification des connaissances doivent accomplir trois ans de fonctions hospitalières (Article D.4111-6 du code de la santé publique.). Ces fonctions sont accomplies dans un service ou organisme agréé pour recevoir des internes, sous le statut de praticien attaché associé ou d'assistant associé.

L'article R.6152-538 du code de la santé publique prévoit que «Peuvent être recrutés comme

assistants généralistes associés ou assistants spécialistes associés les praticiens qui, ne remplissant pas les conditions indiquées à l'article R. 6152-503, ont achevé leurs études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et qui, en outre, remplissent les conditions de diplôme, de titre et de formation fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.»

Ces fonctions sont exercées sous la responsabilité d'un praticien de plein exercice chargé d'évaluer formellement les pratiques professionnelles.

Les lauréats pouvant justifier, antérieurement à leur réussite aux épreuves, de fonctions exercées sous certains statuts prévus par voie réglementaire, peuvent être dispensés de tout ou partie de ces fonctions.

Le responsable de la structure hospitalière établit un rapport d'évaluation, fixé par arrêté, sur les connaissances, la pratique de l'ensemble des actes du praticien dans sa spécialité, son comportement avec les patients, la communication avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux.

- **Avis de la commission d'autorisation d'exercice**

Au terme de ces trois années de fonctions, le candidat présente son dossier puis est auditionné par la Commission d'Autorisation d'Exercice, composée de membres administratifs, des représentants des ordres nationaux ainsi que les cinq membres cardiologues composant la commission de qualification de première instance de la spécialité, qui examine les diplômes et l'expérience professionnelle pertinente des candidats, et auditionne le candidat avant de donner un avis consultatif au Ministre de la santé sur l'autorisation d'exercice du candidat.

Les Commissions d'Autorisation d'Exercice se réunissent au Conseil national de l'ordre des médecins ; dans le cas de la cardiologie, ces commissions procèdent à l'audition systématique du candidat.

Les qualités professionnelles et relationnelles sont méthodiquement analysées, jugées essentielles à l'intégration du candidat au système de santé.

La commission fonde notamment son avis sur les diplômes en médecine obtenus dans le pays d'origine, l'ensemble des diplômes obtenus (en France et à l'étranger), les activités de formation continue, les rapports d'évaluation des chefs de service sur son activité hospitalière, ses qualités relationnelles, les éventuelles publications et sur son projet professionnel.

La commission émet un avis favorable ou défavorable.

L'avis favorable est transmis au Ministère des affaires sociales et de la santé (Direction Générale de l'Offre des Soins) pour une décision définitive.

En cas d'avis défavorable, la commission émet des recommandations : nouveaux stages, acquisition de techniques complémentaires, obtention de certains diplômes, approfondissement de l'expérience etc., pour aider le candidat à développer ses compétences.

Le nombre de passages possibles devant cette commission est limité à trois.

- **Autorisation d'exercice : Décision ministérielle**

Les autorisations d'exercice sont délivrées par spécialité, par l'arrêté du ministre chargé de la santé. Elles permettent l'inscription au tableau de l'ordre des médecins dans la spécialité.

Les médecins ont le libre choix de leur lieu d'exercice : libéral, hospitalier ou salarié. La grande majorité des candidats pour la qualification en cardiologie et maladies vasculaires

s'orientent vers une carrière hospitalière. Une étude sur l'exercice ultérieur des lauréats sera utile.

Loi n°2012-157 du 1^{er} février 2012 (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)

Cette nouvelle législation est motivée par l'absence de régularisation de plusieurs centaines de médecins pour l'ancien dispositif et par l'installation en France sous le statut de faisant fonction d'interne après la date couperet de 10 juin 2004.

Trois changements apparaissent qui ne concernent que la liste C (Tableau 3):

- Remplacement de l'épreuve théorique par une épreuve de parcours professionnel. Le candidat est invité à constituer un dossier qui sera validé par les responsables médicaux des lieux ou des institutions où il a exercé ses fonctions. Cette validation interviendra à priori tous les six mois. Le candidat doit avoir accompli 3 ans d'exercice avant de se présenter aux épreuves. L'épreuve pratique est depuis 2012 la seule épreuve commune (Tableau 2).
- Le périmètre a été élargi pour la liste C jusqu'au 3 juillet 2010.
- La Commission d'Autorisation d'Exercice (CAE) peut recommander aux candidats une année probatoire supplémentaire d'exercice dans un service agréé pour recevoir des internes du DES de cardiologie d'un établissement public de santé, mais elle peut également recommander des compléments de formations. Une fois ces recommandations satisfaites, le candidat repasse devant la CAE.

II. Méthodes et Résultats

Nous avons réalisé une analyse à partir des bases de données fournies par le CNG. Chaque fois que le candidat s'inscrit, une ligne est ouverte. La méthodologie employée et le recueil des informations des candidats qui ont été inscrits au moins une fois, qu'ils se soient présentés ou non à l'examen (liste B et C) ou aux concours (liste A). Les informations contenues à chaque ouverture d'une ligne concernent une vingtaine de colonnes, seules certaines informations ont été retenues : le nom, les prénoms, la date de naissance, l'âge, la spécialité présentée, le pays du diplôme obtenu, les notes ainsi que la moyenne et la réussite ou l'échec. Un nombre supérieur à 40.000 lignes a été ainsi ouvert pour l'ensemble des spécialités médicales.

Pour la cardiologie, nous avons conservé les mêmes informations. Cette base a été nettoyée, c'est-à-dire corrigée de noms se rapprochant ou des dates de naissances similaires. Les corrections ont été réalisées, ayant permis d'avoir une base statistique fiable.

La troisième étape, la durée de l'exercice médical, permet la validation et l'accès à la quatrième étape, c'est-à-dire le passage devant la CAE. Les éventuelles erreurs pourraient être des déclarations erronées.

La quatrième étape déterminante est non recensée sur un document unique ; il est nécessaire de vérifier sur les procès-verbaux de chaque commission, par spécialité, les résultats obtenus et parfois en cas d'échec ou de sursis-à-staturer les éventuelles recommandations. L'analyse par spécialité est indispensable, aucune généralisation ne peut être faite actuellement.

La cinquième est l'autorisation délivrée par le Ministère chargé de la santé ; les résultats de la CAE sont publiés dans un arrêté ministériel.

Epreuves de vérification des connaissances

Les résultats sont regroupés dans le tableau 4.

La liste A

Le nombre de candidats présents augmente progressivement, mais les reçus correspondent au nombre des seuls postes ouverts. L'année 2012 où l'on observe une diminution de candidats correspond à l'ouverture de la nouvelle liste C. Le taux de réussite reste faible, inférieure à 10 % ; les notes des reçus sont en moyenne supérieures à 13/20.

La liste B

Elle concerne un nombre d'effectifs très réduit, au maximum un reçu par an.

La liste C

Elle présente deux caractéristiques :

- une augmentation croissante des présents entre 2007 et 2009; cette année permettait à tous les anciens PADHUE exerçant en France sous les règles indiquées précédemment. Le taux de réussite était de 85 % en 2009. Les deux années suivantes ne concernent que peu de candidats, n'ayant pas souhaité se présenter auparavant, ou ayant échoué, le taux de réussite est supérieur à 60 % en moyenne, sur 2010 et 2011 ;
- puis l'entrée en vigueur de la loi de 2012, permet, par le changement de périmètre, d'augmenter les nouveaux candidats, en particulier les provenant de l'ancienne liste A ou de primo-présents. Par la suite, le nombre de candidats diminue fortement. On note une diminution de taux de reçus à 35 % la dernière année.

Les candidats potentiels de la liste A sont de moins en moins nombreux car en 2015, ils ont pu bénéficier de trois ans réglementaires d'exercice. La liste C se termine (Figure 1)

Commission d'autorisation d'exercice

Habituellement les trois ans sont effectués dans des établissements agréés pour la formation des internes en cardiologie. Les candidats pour la cardiologie arrivent habituellement à trouver un stage pour effectuer ces trois années.

Le nombre de lauréats à la CAE correspond aux lauréats des EVC recevant un avis favorable de la CAE.

Pour obtenir ces données, les résultats de chaque commission ont été étudiés depuis 2009. Il y a ainsi au total, pour les listes A et C, entre 2009 et 2016, 176 médecins qui ont reçu un avis favorable de la CAE en cardiologie (Tableau 5).

III- Commentaires

Les résultats globaux permettent de constater l'importance des qualifications dans la spécialité de cardiologie par la PAE, comparativement aux autres voies d'entrée dans la spécialité.

Mais deux points doivent d'être soulignés:

La réussite de l'année 2012 de la liste C (Tableau 6)

L'inscription en 2012 est très largement favorisée par l'entrée en vigueur de la loi de 2012 et les inscrits proviennent d'un exercice antérieur au 3 août 2010.

Les praticiens ayant présenté les épreuves en 2012 peuvent être classés dans trois catégories. les présents pour la première fois aux EVC ; les anciens ayant concouru en liste A précédemment et enfin les échecs de la liste C. Ils exercent en France souvent en tant que Faisant fonction d'interne (FFI).

Les anciens candidats de la liste A (76 %), surclassent en moyenne les autres catégories de plus d'un point sur 20 à chaque épreuve.

La réussite à la CAE pour deux promotions, celle de 2009 et de 2012

Les deux promotions le plus nombreuses pour la cardiologie sont 2009 et 2012. La particularité de ces deux années provient de la période d'exercice de trois ans ; pour l'année 2009, les trois ans sont, comme indiqué précédemment, habituellement effectués après l'examen ; en revanche, pour l'année 2012, les trois ans ont été effectués avant l'examen (Figure 2).

L'hypothèse retenue : les candidats de la liste C de 2012 pourraient se présenter rapidement, sous réserve que les commissions arrivent à examiner un nombre aussi important de candidats, alors qu'en 2009 il aurait été nécessaire d'attendre 3 ans, donc le passage de la CAE aurait été retardé d'autant.

Pour la promotion 2009, la CAE a validé un exercice antérieur, puisque 62 % des candidats ont réussi avant les trois ans, commençant même dès la première année après la réussite aux EVC, pour 30 %.

Au bout de six ans, 78,8 % ont réussi la procédure complète. Il n'y a qu'un échec, certains se représentant une seconde fois après avoir satisfaits aux recommandations émises par la commission lors de leur premier passage.

Les lauréats aux EVC en 2012 sont, trois ans plus tard, 62,5 % à obtenir un avis favorable de la CAE et en tenant compte de l'année 2016, environ 67 % auront réussi.

Les deux courbes montrent un tassement de réussite avec le temps. Il est probable qu'un nombre non négligeable de candidats aient abandonné.

IV- Conclusions

- La Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) en cardiologie a permis à 446 médecins à diplôme hors Union européenne de réussir des épreuves de vérification des connaissances (EVC) entre 2007 et 2015, qui est le passage le plus difficile de la procédure ; 90 % proviennent de la liste C, qui s'éteint physiquement et juridiquement en 2016. La liste A est pérenne, mais ne correspond qu'à un petit nombre de reçus.

Dans cinq ans, tous les médecins de la liste C, qui le veulent, auront passé la Commission d'Autorisation d'Exercice (CAE).

- En comparant, grâce à l'« Etude comparative des voies de qualification des spécialités médicales » entre 2009 et 2014, du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), en cardiologie, la part respective de trois grands modes d'accès à la spécialité, la PAE ne représente que 13,6 % de l'effectif d'inscrits au tableau de l'ordre, tandis que les médecins à diplôme de l'union européenne par la reconnaissance automatique sont 15,1 % et la voie de l'internat du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) à 67,3 %.
- L'avenir se déduit de ces résultats : les cardiologues à diplôme hors union européenne devraient être très peu nombreux dans le futur.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Artigou JY, Fraboulet JY, Metz D, Robin PM, Viossat J, Schiavonne-Riello P, Salvatore R, Nicodème R, Le Douarin B, Guérot C. La qualification en cardiologie en dehors du DES. Arch Mal Cœur Vx Pratique 2011;203:32-4.
- [2] Bertrand D, Pataud G, Rubiano L, Chen X. La procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme hors Union européenne depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2006). Les cahiers de la fonction publique. Edition Juin 2016. N° 367.
- [3] Bouet P, Nicodème R, Tornay A, et al. Étude comparative des voies de qualification des spécialités médicales. A propos des données de 2014. Conseil national de l'ordre des médecins. Edition 2015.
- [4] Rapport annuel du CNG. Centre National de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. Année 2010 à 2015.

Tableau 1. Schéma de la PAE selon la Loi de 2006.

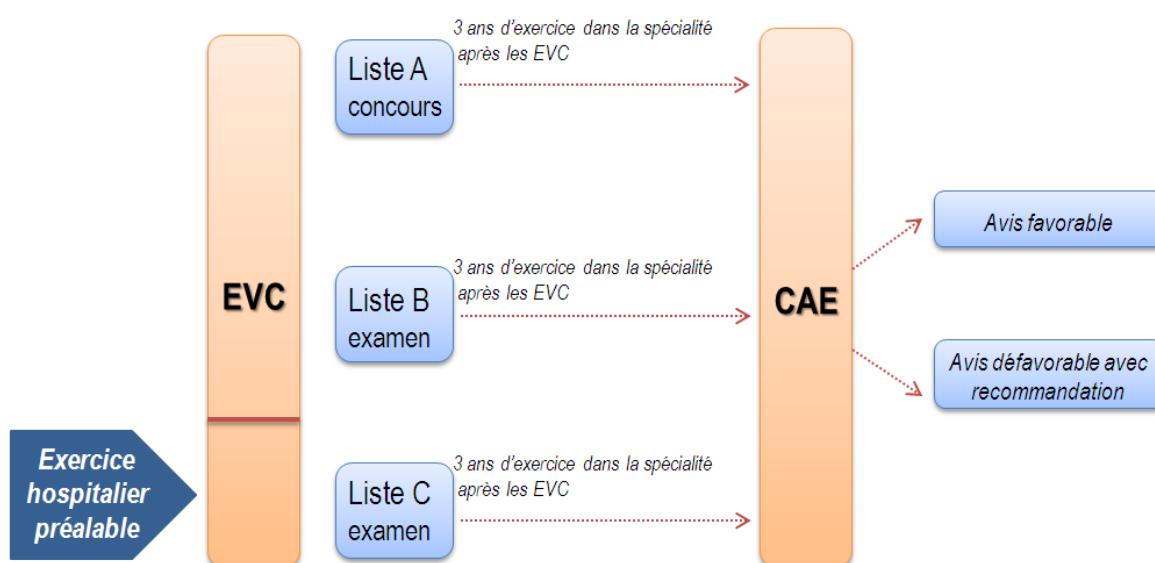


Tableau 2. Correspondance des EVC selon les listes

	A partir de 2012	Avant 2012
Note 1 : Epreuve théorique	Listes A et B	Listes A, B et C
Note 2 : Epreuve pratique	Listes A, B et C	Listes A, B et C
Note 3 : Epreuve du parcours professionnel	Liste C	

Tableau 3. Schéma de la PAE selon la Loi 2012.

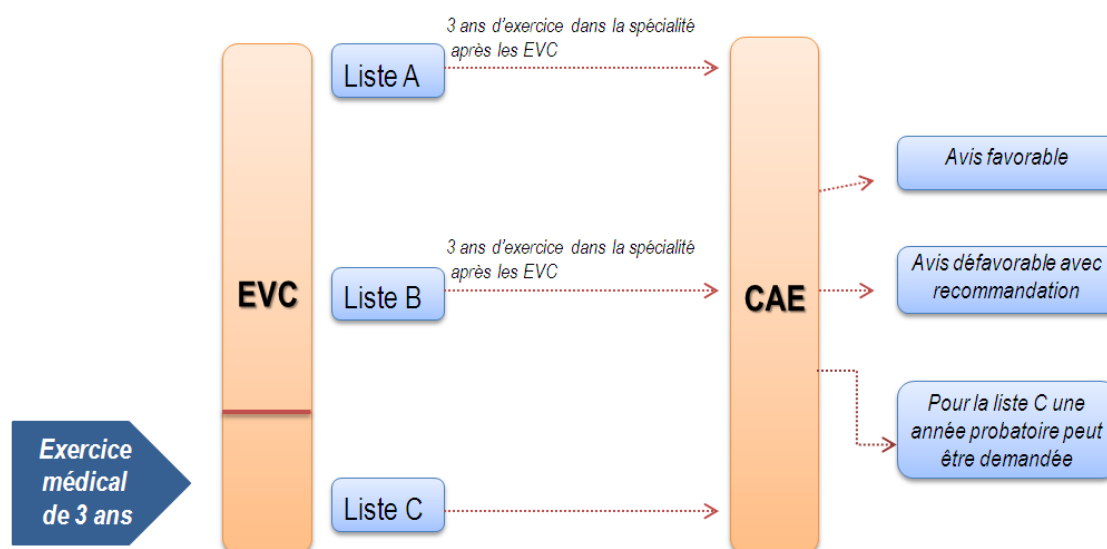


Tableau 4. Présents, reçus et taux de réussite aux EVC en cardiologie selon les listes.

ANNEE	LISTE A			LISTE B			LISTE C		
	PRESENTS	REÇUS	TR*	PRESENTS	REÇUS	TR*	PRESENTS	REÇUS	TR*
2007	0	0	0,0	0	0	0,0	40	30	75,0
2008	0	0	0,0	0	0	0,0	36	30	83,3
2009	90	5	5,6	1	1	100,0	95	81	85,3
2010	56	5	8,9	0	0	0,0	35	21	60,0
2011	97	5	5,2	1	1	100,0	35	24	68,6
2012	47	4	8,5	2	1	50,0	135	134	99,3
2013	60	5	8,3	0	0	0,0	55	44	80,0
2014	70	5	7,1	0	0	0,0	38	34	89,5
2015	104	10	9,6	2	1	50,0	14	5	35,7

* Taux de réussite

Source CNG

Tableau 5. Nombre de reçus chaque année dans les CAE

		Nombre de reçus chaque année dans les CAE						
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Lauréats 2009	Liste A	0	1	1	0	1	2	-
	Liste C	25	16	11	4	6	2	-
Lauréats 2012	Liste A	-	-	-	0	0	0	0
	Liste C	-	-	-	29	32	23	6
TOTAL		25	17	12	33	39	27	6

Source CNG

Tableau 6. Provenance des praticiens dans la PAE de 2012.

HISTORIQUE DES COMMISSIONS	NOMBRE DE PRESENTS	POURCENTAGE
Primo-présents en 2012	27	20,1 %
Provenant de la liste A	102	76,1 %
Provenant de la liste C	5	3,7 %
TOTAL	134	100 %

Source CNG

Figure 1. Taux de reçus de la liste A et C.

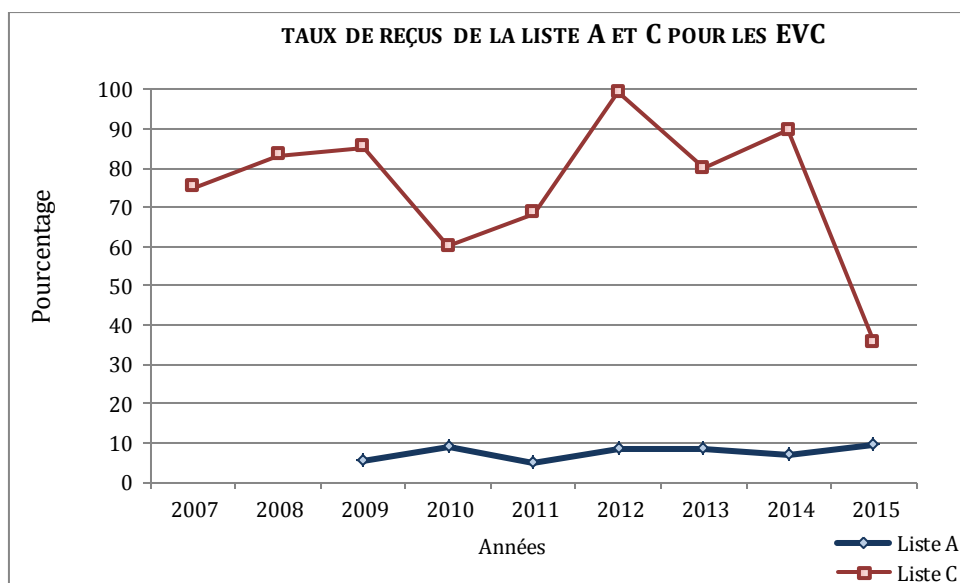
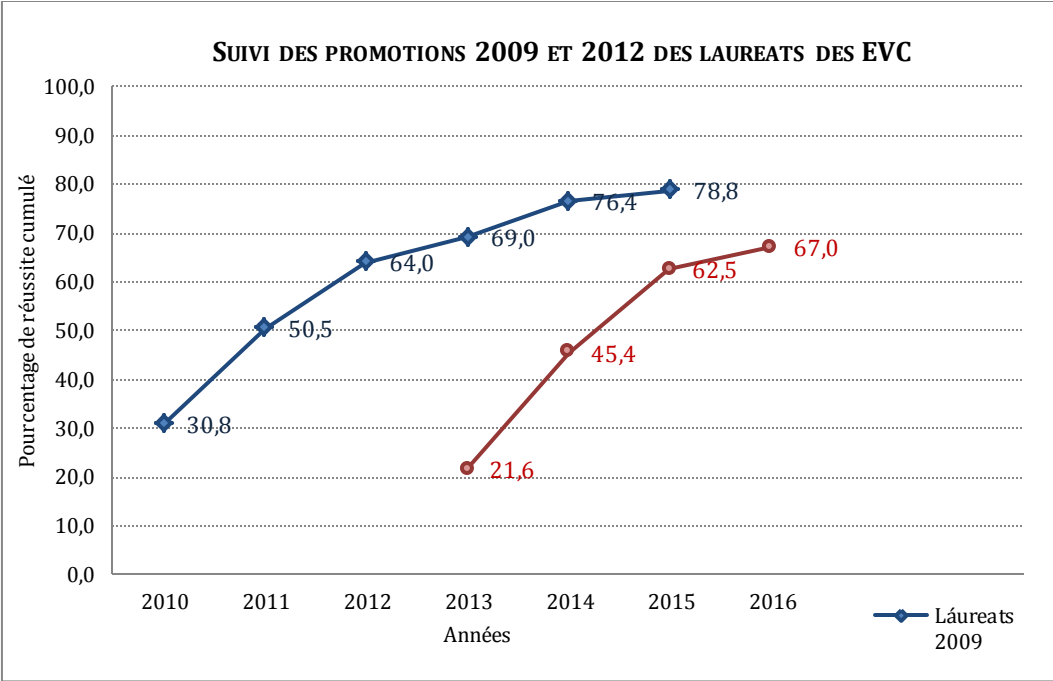


Figure 2. Suivi des promotions 2009 et 2012 des lauréats des ECV



Source CNG

LA PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE POUR LES MÉDECINS À DIPLÔME HORS UNION EUROPÉENNE DEPUIS LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (LFSS) DE 2006

Auteurs : Dominique Bertrand*, Guillaume Pataud**, Luz Rubiano***, Xin Chen****

L'autorisation d'exercice est accordée en France à tous les médecins qui ont des diplômes équivalents et reconnus par le ministère chargé de la Santé.

Les médecins français à diplôme français ayant les titres prévus pour l'exercice d'une spécialité s'inscrivent au tableau de l'ordre départemental des médecins dans la spécialité concernée¹. Les médecins européens ont les mêmes prérogatives si leurs diplômes sont équivalents aux diplômes français.

Deux jurisprudences particulières, DREESSEN² et HOCSMAN³, existent d'une part pour les diplômes européens non conformes, c'est-à-dire dont le contenu diffère du diplôme français comparable, et, d'autre part, pour les médecins à diplôme hors UE ayant obtenu la reconnaissance du diplôme et l'autorisation d'exercice dans un pays de l'Union européenne.

Ces deux dispositifs sont différents de l'autorisation d'exercice des praticiens étrangers à diplôme hors Union européenne (PADHUE)⁴.

Depuis 1980 plusieurs procédures ont été créées pour obtenir une pratique de plein exercice en France, les praticiens adjoints contractuels avaient jusqu'en 2010 pour obtenir le plein exercice. La procédure d'autorisation d'exercice actuelle date de 2007.

La loi CMU de 1999⁵ complétée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2006⁶ a prévu des modalités précises pour l'ensemble des médecins à diplôme hors Union européenne, tout spécialement pour les médecins venus se former en France en tant que faisant fonction d'interne et étant restés en occupant des fonctions médicales sous la responsabilité d'un médecin de plein exercice.

Nous examinerons successivement :

- 1) l'**aspect juridique** de cette procédure d'autorisation d'exercice (PAE) proposant 3 modalités distinctes d'entrée dans le dispositif et modifiée en 2012 pour une seule de ces modalités destinée aux médecins ayant un exercice caractérisé en France.
- 2) l'**analyse quantitative** de ces 3 modalités sur 9 ans.

ASPECTS JURIDIQUES DE LA PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE DE MÉDECIN (PAE)

La PAE est différenciée selon les caractéristiques du praticien et a été modifiée à deux reprises.

La procédure en vigueur en 2007

Principes généraux

Elle a été instaurée par la loi CMU du 27 juillet 1999 et complétée par la loi du 21 décembre 2006.

Cette procédure se déroule en plusieurs phases :

- la vérification des connaissances et contrôle du niveau de la langue française ;



Le nombre de médecins étrangers hors Union européenne sont à comparer aux flux venant d'Europe chaque année et aux hypothèses réelles d'étudiants français formés en Europe et revenant en France



- une pratique médicale hospitalière ;
- l'avis de la commission d'autorisation d'exercice (CAE) de chaque spécialité appréciant l'ensemble du dossier et surtout la pratique médicale ;
- la décision ministérielle finale accordant le plein exercice.

Les procédures sont organisées par spécialité c'est-à-dire conformes aux DES et aux DESC de type 2 qualifiants.

Possibilités d'inscription aux épreuves de vérification des connaissances

Trois listes ont été créées ; elles obéissent à des logiques différentes, pourtant les épreuves écrites sont communes.

La liste A destinée à tout praticien étranger à diplôme hors Union européenne sans condition autre que la détention d'un diplôme de doctorat de médecine permettant l'exercice dans son pays.

- L'inscription dans une spécialité est du choix du candidat.
- Seule la moitié des spécialités existantes sont ouvertes chaque année jusqu'en 2011, mais il n'y a pas d'obligation d'avoir une spécialité au préalable ; elles sont déclarées ouvertes par la DGOS selon des critères multiples : plans de santé publique, demandes d'établissement, spécialités déficitaires, etc.
- Il s'agit d'un concours c'est-à-dire avec un nombre de places limité (environ 200 places au total par an y compris les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes).
- Par la suite, ils doivent accomplir, après la réussite au concours, une pratique médicale d'une durée de 3 ans.

La liste B concerne les candidats réfugiés, apatrides, bénéficiant de l'asile territorial et les Français ayant rejoint le territoire national à la demande des autorités française. Ils concourent dans les mêmes spécialités ouvertes au concours de la liste A, mais seule la moyenne aux épreuves est nécessaire, c'est un examen.

La liste C, dérogatoire, créée d'une part pour une durée de 5 ans, concerne des médecins ayant exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004 et d'autre part au moins 2 mois au cours des 2 années précédant la promulgation de la loi du 21 décembre 2006 dans des établissements hospitaliers publics, ou privés participant au service public hospitalier.

À noter que les fonctions rémunérées concernaient des fonctions multiples : faisant fonction d'interne, praticien ou assistant associé, l'exercice d'une fonction d'infirmier ayant été autorisé seulement pour entrer dans la procédure.

Il s'agit d'un avantage donné en reconnaissance des services rendus aux hôpitaux en France.

Afin d'éviter l'afflux des candidats, l'année 2007 a été réservée aux candidats ayant exercé des fonctions avant le 27 juillet 1999, l'année 2008 aux candidats ayant exercé avant le

1^{er} janvier 2002, et l'année 2009 à tous les candidats ayant exercé avant le 10 juin 2004.

Puis en 2010, et 2011, tous les candidats sont autorisés à se présenter, soit en cas d'échec, soit remplissant les conditions mais ne s'étant jamais présenté :

- toutes les spécialités sont ouvertes chaque année ;
- c'est un examen : seule la moyenne aux épreuves écrites est exigée.

Les pratiques professionnelles

Les médecins lauréats de l'épreuve écrite doivent accomplir 3 ans de fonctions hospitalières, en tant qu'associé dans des services ou des organismes agréés pouvant recevoir des internes, sous la responsabilité d'un praticien de plein exercice. Le responsable de la structure établit un rapport d'évaluation sur les pratiques, activités, connaissances et comportements du praticien.

L'avis de la commission d'autorisation d'exercice

Les commissions d'autorisation d'exercice sont présidées par le Directeur général de l'offre de soins ou son représentant, et comprennent notamment un noyau dur « expertal » composé de médecins siégeant à la commission ordinale de qualification des membres du CNOM, un représentant de l'enseignement supérieur et un représentant des PADHUE, etc. ; elles rendent un avis favorable, ou défavorable en proposant des recommandations pour améliorer connaissances ou/et pratiques.

L'autorisation d'exercice

Elle est donnée par une décision ministérielle dans la spécialité demandée, et permet l'inscription au tableau départemental de l'Ordre des médecins. Le médecin est alors considéré comme de plein exercice avec la liberté d'installation en libéral, à l'hôpital ou en centre de santé... À noter que la décision peut ne pas revenir à l'avis de la commission d'autorisation d'exercice.

DESCRIPTION DES ÉPREUVES INITIALES DE VÉRIFICATION DES CONNAISSANCES ET LES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES DE 2009

Les épreuves écrites de la PAE prévues par la loi de 2006 (LFSS)

Le concours liste A, les examens liste B et C comprennent deux épreuves écrites d'une durée de 2 heures chacune :

- l'une portant sur les connaissances fondamentales (coefficient 2) plutôt sur des bases de physiologie ;
- l'autre portant sur les connaissances pratiques (coefficient 2) ;
- et une épreuve permettant d'apprécier un niveau de français suffisant (coefficient 1).

Ces trois épreuves ont des notes éliminatoires

10) ; ces trois épreuves sont passées en même temps par tous les candidats des listes A, B, C et sont donc identiques.

Le nombre maximal de candidats reçus pour chaque discipline ou spécialité est fixé chaque année par un arrêté ministériel uniquement pour la liste A.

L'épreuve de français comptait pour la moyenne globale et pouvait parfois compenser les autres notes écrites en dessous de la moyenne. Elle a été transformée en un niveau obligatoire de français le « Diplôme d'études en langue française niveau B2 » uniquement et non compensable (DELF B2).

Cette modification favorise une analyse des seules connaissances médicales.

Le nombre de passages de l'épreuve de vérification des connaissances

La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) du 7 juillet 2009⁷, a modifié le nombre de présentation aux épreuves de 2 à 3, soit un examen ou concours supplémentaire par candidat.

LES MODIFICATIONS INDUITES PAR LA LOI DU 1^{ER} FÉVRIER 2012

Le texte législatif avait été porté par un article dans la loi de financement de la sécurité sociale en décembre 2011, mais un recours devant le Conseil constitutionnel pour d'autres articles a entraîné le rejet de l'article concerné en tant que « cavalier législatif », puisqu'il n'avait que peu d'impact financier.

C'est donc sur ce seul motif qu'une loi a été déposée, votée à l'unanimité par le Parlement, et publiée au JO le 2 février 2012⁸. Le texte comporte 3 modifications par rapport à la loi antérieure.

L'extension du périmètre des personnes susceptibles de se présenter à la liste C

Le premier recrutement est retardé, et doit être antérieur au 3 août 2010 (c'est-à-dire avant la date de parution du texte réglementaire concernant le DFMS ou DFMSA), et deux conditions supplémentaires ont été ajoutées :

- avoir exercé des fonctions rémunérées pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 ;
- avoir exercé trois ans en équivalent temps plein dans les conditions précisées par le décret du 4 mai 2012 (mais ces 3 ans prennent effet au plus tard en 2011).

Cette extension est la conséquence de l'installation de nombreux professionnels dans des postes de FFI et d'assistant associé après fin 2006 ; pour les mêmes motifs que les lois antérieures le législateur a donc souhaité une prolongation de la liste C jusqu'en 2016.

La modification des épreuves

L'épreuve de connaissances fondamentales est remplacée par un dossier relatif au parcours professionnel permettant d'apprécier l'activité professionnelle depuis l'obtention du diplôme d'origine.

Des textes réglementaires prévoient une appréciation semestrielle du candidat par le chef de l'unité où l'exercice a été effectué, elle tient compte de l'activité qualitative et quantitative des actes médicaux de la spécialité, du comportement vis-à-vis des patients et des équipes de soins, des connaissances acquises, de l'ensemble de l'exercice de la spécialité à l'hôpital, formations, développement professionnel continu, articles, communications... ; une durée minimale de 3 ans est obligatoire pour se présenter à cette nouvelle liste C.

L'épreuve de connaissances pratiques reste commune aux 3 listes A, B, et C.

Cette épreuve est très proche d'une validation des acquis et de l'expérience professionnelle/VAE (Coefficient 1), ne compensant que peu une épreuve écrite insuffisante.

La réflexion essentielle a porté sur l'épreuve de parcours professionnel : devait-elle être unique ou devait-elle être complétée par une épreuve écrite portant sur les connaissances.

La sagesse a prévalu avec 2 épreuves, dans l'article 5 du décret du 6 mars 2012.

L'épreuve commune est un outil de comparaison entre les différentes listes.

L'exercice professionnel

Deux problèmes de nature très différente sont posés :

- tout d'abord pour l'inscription à la liste C, on ne peut se présenter que si les 3 années d'activité médicale rémunérée ont été effectuées ;
- ensuite, l'exercice professionnel ne pouvait être reconduit après décembre 2011 que pour les médecins en exercice ; pour les médecins ayant les 2 conditions d'entrée et de durée d'exercice ; mais sans fonction hospitalière le 31 décembre 2011, ils avaient un an pour reprendre une activité médicale (ex : un étudiant en M2 dans un organisme de recherche au 31 décembre 2011, pouvait reprendre une activité médicale avant le 31 décembre 2012).

L'ANALYSE QUANTITATIVE DES 3 LISTES D'INSCRIPTION À LA PAE

Les inscrits et présents aux épreuves entre 2007 et 2011/2012 et 2015

Les candidats inscrits peuvent ou non se présenter aux épreuves ; en cas d'absence, leur candidature ne compte pas dans le nombre de passages de l'épreuve.

TABLEAU 1 | TABLEAU DES INSCRITS ET PRÉSENTS PAR LISTES ENTRE 2007 ET 2015

Liste	Liste A			Liste B			Liste C		
	Nb d'inscrits	Nb présents au concours	Taux de présence	Nb d'inscrits	Nb présents à l'examen	Taux de présence	Nb d'inscrits	Nb présents à l'examen	Taux de présence
2007	NC	804		NC	57			1 107	
2008	1 890	990	52 %	53	38	71 %	1 506	1 119	74 %
2009	2 272	1 289	56 %	39	27	69 %	2 755	2 236	81 %
2010	3 710	1 943	52 %	75	58	77 %	2 022	1 654	80 %
2011	4 495	2 152	47 %	81	56	69 %	1 694	1 371	80 %
2012	3 265	1 402	43 %	73	59	81 %	1 976	1 760	89 %
2013	3 748	1 587	42 %	86	59	69 %	1 217	1 044	86 %
2014	4 489	1 991	44 %	108	77	71 %	720	584	81 %
2015	4 118	2 270	55 %	126	95	75 %	529	455	86 %

Source : CNG

FOCUS

Les présents varient considérablement selon les listes, en effet se présenter en liste A dont le nombre de postes est de l'ordre de 200 jusqu'en 2010, fait perdre une chance à celui qui ne réussit pas or seuls 3 passages sont autorisés à partir de 2010.

On constate donc :

1) **La liste A**, recueille un grand nombre de candidats dont jusqu'en 2013, majoritairement présents sur le territoire mais n'ayant pas les conditions nécessaires pour l'inscription sur la liste C ; des candidats ayant exercé auparavant en France et souhaitant revenir en France s'y présentent également.

Le nombre de présents a augmenté avec le temps, de 804 en 2007, à 2152 en 2011. Le taux moyen de présents aux concours est de 52 %.

TABLEAU 2 | NOMBRES DE SPECIALITES ET DE POSTES OUVERTS

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de postes ouverts	210	210	210	300	300	300	400	450
Spécialités ouvertes	50 %	50 %	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Arrêté ministériel chaque année

2. **La liste B**, concerne des situations particulières ; le nombre d'inscrits varie entre 39 et 81, le taux moyen de présents est d'environ 70 %. À partir de 2012, on note une augmentation de candidats (origine selon les zones de conflits).

3) **La liste C** présente deux caractéristiques : Un pic des candidats en 2009 à 2 236 correspond essentiellement à l'arrivée sur le territoire de nouveaux praticiens hors Union Européenne entre 2002 et 2004. Leur taux de réussite a fait diminuer le nombre de candidatures à partir de 2010 comme indiqué précédemment. À partir de 2012 on note une augmentation de candidats correspondant à l'élargissement (du périmètre) puis diminution en raison des fortes réussites en 2012 et 2013 dans la liste C.

La réussite aux épreuves écrites et à la commission d'autorisation d'exercice

Les épreuves écrites

Le taux de réussite correspond au nombre de candidats ayant été lauréat des épreuves écrites par rapport au nombre de présents par année. Une analyse par promotion (de type cohorte) permet de constater une petite augmentation du taux de réussite pour les promotions 2007, 2008, 2009 de 1 à 3 points.

TABLEAU 3 | TAUX DE RÉUSSITE POUR LES 3 LISTES PAR RAPPORT AUX PRÉSENTS ENTRE 2007 ET 2015

	Liste A	Liste B	Liste C
2007	22 %	19 %	58 %
2008	21 %	31 %	72 %
2009	15 %	37 %	72 %
2010	9 %	17 %	44 %
2011	8 %	30 %	39 %
2012	19 %	30 %	80 %
2013	18 %	39 %	74 %
2014	15 %	23 %	66 %
2015	17 %	35 %	56 %

Source : Source : CNG

Pour la liste A, les résultats en % montrent une chute, année après année, car le nombre de présents est de plus en plus élevé et le nombre de places est stable. La sélection est donc très importante (tableau 2).

Pour la liste B, les résultats sont variables sans que l'on puisse trouver une explication évidente (absence d'exercice antérieur ?).

Pour la liste C, les résultats à partir de l'année 2008 sont élevés, supérieurs à 70 % pour 2008 et 2009. Ce sont des médecins arrivés plus récemment, et l'épreuve de connaissances théoriques est moins difficile que pour un médecin depuis longtemps en exercice. Les années suivantes 2010, et 2011, les résultats sont plus faibles aussi bien pour les redoublants que pour les nouveaux inscrits. A noter le même mécanisme pour la loi de 2012: réduction de la réussite en 2014 et 2015.

La commission d'autorisation d'exercice

Elles constatent la pratique et l'exercice professionnel.

Lorsque les candidats se présentent, ils sont reçus à plus de 80 %, mais par contre, il est nécessaire d'attendre un exercice de plus de 3 ans, après la réussite aux épreuves écrites. La partie FFI ne comptait pas, ce qui retarde d'autant la présentation à la CAE.

Ceux qui n'ont pas réussi, ont des mesures compensatoires à effectuer, pratiques ou/et formatives, et repassent devant la commission d'autorisation d'exercice ; le taux de réussite est alors supérieur à 90 %.

LES PROBLÈMES DE FOND DE LA PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE

La liste d'exception, ou liste C

La prolongation jusqu'en 2016 de la liste C
Destinée à une régularisation des médecins travaillant en France dans des périodes définies, les dates limites du début d'exercice médical sont portées de 2004 à 2010, soit 6 ans de plus. La liste C de la Loi de février 2012 permet jusqu'en 2016. Dans le projet de Loi, elle terminait en 2014. Un amendement parlementaire a prolongé sa durée de 2 ans de façon à permettre à tous les candidats de passer au moins 3 fois les épreuves, en tenant compte de la contrainte supplémentaire, de la date d'exercice avant de se présenter.

L'impact de la durée d'activité médicale sur les inscriptions

Elle est fondamentale, car il est nécessaire d'avoir accompli 3 ans d'exercice médical avant de passer l'examen de la liste C. Avant l'exercice de 3 ans suivait habituellement la réussite aux épreuves écrites.

Les candidats n'exerçant plus la médecine depuis fin 2011 ne peuvent plus représenter une activité médicale à moins de réussir les épreuves. Certains de la liste C ancienne dans ce cas ; leur réussite sera difficile.

LES CANDIDATS POTENTIELS POUR LES PAE ULTÉRIEURES (À PARTIR DE 2012)

Les candidats liste C ancienne n'ayant pas réussi la PAE en 2011 constituent une réserve de candidats potentiels, ils sont arrivés en France avant fin 2004

Par une analyse de chaque candidat de la liste C ancienne depuis 2007, et non représentés, on peut estimer entre 1 000 et 1 500 le potentiel de la première réserve de candidats.

En 2012, moins de 600 se sont présentés à la liste A et C). Il est probable que le nombre de candidats potentiels n'ait pas atteint. Certains sont rentrés dans leur pays d'origine, ou ont abandonné l'activité médicale, ou même la volonté de se présenter en raison de leur âge.

Les candidats potentiels à la liste C ancienne restant dans le cadre de la loi de 2012

L'estimation est basée sur la même méthode que l'analyse des candidats ayant passé l'examen de la liste C ancienne et n'ayant pas été reçus. Les candidats complémentaires ont été réévalués par le Centre national de gestion sur leur situation.

et un CHR pour conforter l'estimation ;
tient une fourchette de 2500 à 3500 can-
possibles. La difficulté de l'estimation,
ent de l'absence de recueil de cette popu-
au niveau national ou régional.

men de praticiens ne se sont jamais
nés aux épreuves ?

réserves de candidats (la première avant
la seconde avant 2010) sont réelles, mais
la seconde l'embauche de FFI est plus
au niveau national à partir de 2008. Dans
ces cas les candidats potentiels seront épu-
2016.

constitution d'une réserve après 2010

rars exceptions prévues par les textes
mentaires, les étudiants étrangers doivent
er par les DFMS et DFMSA centralisés à
bourg et limités en nombre. De plus ils
agent à ne pas exercer sur le territoire
ais.

esseur émérite, université Denis Diderot, Paris 7 ;
lar médical CNG Conseiller national de l'Ordre de
ns.

écien-Psychiatre ; étudiant Master 2 « Analyse et mana-
des établissements de santé (AMES), université Denis »
Paris 7.

doctorante École doctorale en Sciences juridiques, poli-
économiques et de gestion, ED 262, université René
Paris 5.

Doctorante École doctorale en Sciences juridiques, poli-
économiques et de gestion, ED 262, université René
Paris 5.

art. L. 4111-1.

art. L. 4111-1.

14 septembre 2000, Hoczman, aff. C-238/98.

3^e ch., 22 janvier 2002, aff. C-31/00, ayant pour
une demande adressée à la Cour, en application de
234 CE, par la Cour de cassation (Belgique) et ten-
obtenir, dans le litige pendant devant cette juridiction
Conseil national de l'Ordre des architectes et Nicolas
en.

2012-157, 1^{er} février 2012, relative à l'exercice des
sions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et
sime pour les professionnels titulaires d'un diplôme
u dans un État non membre de l'Union européenne —
2012-659, 4 mai 2012, portant application de la loi
112-157 du 1^{er} février 2012 relative à l'exercice des
sions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et
emme pour les professionnels titulaires d'un diplôme
u dans un État non membre de l'Union européenne ;
J 2 mai 2012, modifiant l'arrêté du 5 mars 2007
é fixant les modalités d'organisation des épreuves de
ation des connaissances prévues aux articles L. 4111-2
221-12 du Code de la santé publique et fixant les moda-
l'épreuve de vérification des connaissances prévue en
ation de la loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012 relative
exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste,
nicien et sage-femme pour les professionnels titulaires
diplôme obtenu dans un État non membre de l'Union
éenne — Instr. n° DGOS/RH2/2012/177, 4 mai 2012.

° 99-641, 27 Juill. 1999, portant création d'une couver-
maladie universelle [CMU], art. 60.

° 2006-1640, 21 déc. 2006, de financement de la sécu-
riété sociale pour 2007, art. 83.

° 2009-879, 21 juill. 2009, portant réforme de l'hôpital
lative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST),
9.

n° 2012-15, 1^{er} fév. 2012, relative à l'exercice des
sions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et
emme pour les professionnels titulaires d'un diplôme
u dans un État non membre de l'Union européenne,
it.

La liste C ne devrait plus être changée dans
l'avenir, clôturant de façon définitive les procé-
dures successives.

EN CONCLUSION

Le nombre de médecins étrangers à diplôme
hors Union européenne susceptibles de se
présenter à une autorisation d'exercice par la
liste C (examen et parcours professionnel) est
un ensemble défini.

La liste A reste ouverte, mais c'est une richesse
d'accepter des médecins d'autres pays, avec
une formation initiale différente. Le *numerus
clausus* fixé chaque année entraîne une forte
sélection, contrôlée et décidée par le ministère.

Le nombre de médecins étrangers hors Union
européenne est à comparer aux flux venant
d'Europe chaque année et aux hypothèses
réelles d'étudiants français formés en Europe et
revenant en France.

RÉFÉRENCES

- CE, 4 / 5 SSR, 30 mars 2011, n° 346101, inédit au Rec.
- CE, 4 / 5 SSR, 4 oct. 2010, n° 329772.
- CE, 4 / 5 SSR, 8 fév. 2006, n° 277258, publié au Rec.
- CE, 4 / 1 SSR, 6 juin 1997, n° 170610, inédit au Rec.
- CE, 4 / 1 SSR, 6 juin 1997, n° 170316, inédit au Rec.
- CE, 3 / 5 SSR, du 1^{er} décembre 1976, n° 98419, publié au Rec.
- CJCE, 3^e ch., 22 janvier 2002, aff. C-31/00, ayant pour objet une demande adressée à la Cour, en application de l'article 234 CE, par la Cour de cassation (Belgique) et tendant à obtenir, dans le litige pendant devant cette juridiction entre Conseil national de l'Ordre des architectes et Nicolas Dreessen.
- CJCE, 14 septembre 2000, Hoczman, aff. C-238/98.
- Arrêté du 5 mars 2007 fixant les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de langue française prévues aux articles L. 4111-2-1 et L.4221-12 du Code de la santé publique.
- 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 1^{er} 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.
- Arrêté du 10 mai 2012 portant ouverture des épreuves de vérification de connaissances mentionnées aux articles L. 4111-2-1 et L. 4221-12 du Code de la santé publique et aux épreuves de vérification de connaissances prévues en l'application de la loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012.
- CNG — Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 2004-508 du 8 juin 2004 portant l'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.
- Décret n° 2007-123 du 29 janvier 2007 relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien.
- Décret n° 2012-659 du 4 mai 2012 portant application de la loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un État non membre de l'Union européenne.
- Instruction n° DGOS/RH2/2012/177 du 4 mai 2012.
- L. n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), article 60.
- L. n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, article 83.
- L. n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), article 15.
- L. n° 2012-157 du 1^{er} 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.

La dignité de la santé

Etudes Hospitalières 2017-935

Valeur constitutionnelle, à la confluence de questionnements déontologiques et médicaux, la dignité de la santé est une problématique inhérente à l'étude de l'éthique médicale (ou éthique de la santé). Son rôle est d'autant plus important qu'elle ouvre sur une réflexion plus large, dans un dialogue toujours mouvant entre techniques et approches médicales et droits fondamentaux de la personne.

Bien que la théorie de la dignité de la santé n'ait pas existé en tant que paradigme systématique dans le système traditionnel de santé, elle demeure un sujet ancien qui lui est intrinsèquement lié. Cette dernière est en effet dérivée d'une étude à la croisée de plusieurs disciplines, au nombre desquelles le droit, la philosophie, la santé et l'éthique.

Cette réflexion alimente ainsi un creuset épistémologique déjà fécond des recherches passées et s'inscrit dans un sujet d'étude considéré comme indispensable dans le domaine. Le rôle toujours particulier et sensible attaché à la dignité l'explique en partie: la dignité de la santé joue une fonction cardinale et évidente dans le bon fonctionnement du système de soin. Au delà de la qualité des traitements, elle sert de jonction, de code déontologique, assurant la cohérence du système tant dans ses finalités que dans son respect de la législation et de la personne humaine. Pour filer un instant la métaphore, toute négligence et/ou absence de prise en charge de la dignité de la santé bloquerait en conséquence toute la machine médicale, la renvoyant à ses limites potentielles, que ces dernières eussent été causées par un manquement circonstanciel ou un dysfonctionnement de la chaîne des soins. Ces problématiques ne sont ainsi pas étrangères à des questionnements de société - comme nous le verrons au cours de cet article - et renvoient à des champs de la sociologie de la santé.

L'intégration de la notion de dignité dans le processus des soins s'est imposée de longue date dans les sociétés occidentales. Sa prise en compte a depuis prouvé toute son importance en offrant un cadre de réflexion idoine aux questionnements scientifiques et sociétaux et en régulant le fonctionnement du système de santé. Pour autant, les recherches scientifiques dans ce domaine, quoique variées, sont à l'heure actuelle encore à développer et l'étude de la discipline que peu systématisée.

Malgré l'existence en Chine de questionnements et de résultats embryonnaires dans le domaine, ces derniers ne nous ont pas semblé aboutir à l'influence positive escomptée sur le système de santé de l'État chinois. Cette discipline n'a pas encore suscité de réelle prise de conscience et les recherches sur la question évoluent dans une relative marginalité. Pour cette raison, la problématique de la santé en Chine est confrontée à des problèmes éthiques et sociaux qui peinent à être pris en compte, aussi bien en tant qu'objet scientifique par les

chercheurs qu'en tant que sujet de réflexion pratique postulant une évolution des représentations et des normes.

La recherche de la dignité de la santé est généralement envisagée selon trois aspects principaux :

- Les malades eux-mêmes
- La famille et les personnes entourant les malades (proches du malade)
- Les personnels assurant la prise en charge des soins (professionnels de santé)

I - Les malades

En France, le champ législatif organisant la question de la dignité de la santé porte en premier lieu sur les malades. Les patients y sont définis comme des individus dont les droits et la dignité doivent être pris en compte et préservés tout au long de la prise en charge de leur pathologie :

L'article 2 (article R.4127-2 du code de la santé publique) dispose notamment que « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. »

La déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 pose également en principe que tous les êtres humains naissent et demeurent libres et égaux en dignité et en droits.

Dans les pays occidentaux, la dignité de la santé est scindée en deux théories : la dignité mentale et la dignité physique.

Respecter la personne, son intégrité physique et mentale, son intimité et sa dignité est à ce titre une valeur essentielle de notre société et un devoir primordial du médecin⁴².

La dignité physique :

La notion de dignité physique s'inscrit dans des problématiques récentes qui ont vu notamment émerger de nouvelles terminologies telles que la « la bientraitance⁴³ ».

42 Article 16 du code civil : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie » ; Article L.1110-2 du code de la santé publique : « La personne malade a droit au respect de sa dignité »

43 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf (guide relatif à la bientraitance).

La théorie de la dignité physique de la santé postule que les malades ont le droit de choisir les établissements de santé, les médecins et les services de soins dédiés à la prise en charge de leurs maladies. Lorsque la possibilité de choix fait défaut aux patients, en fonction de leur situation et de leur pathologie, cette disposition est réalisée de concert avec les proches afin d'assurer le respect de la volonté de la personne malade. La dignité revêt aussi un intérêt quant au droit de consentir ou non aux soins, laissé à l'appréciation du patient.

La dignité mentale :

Concernant la théorie de la dignité mentale de la santé, elle fixe en cinq points distincts les rapports entre patients et professionnels de santé dans l'approche et le traitement de la maladie :

1. Les malades ont le droit de connaître leurs maladies.
2. Les malades ont le droit d'accéder aux informations relatives à leurs maladies.
3. Les malades, après les conseils des professionnels de santé, ont le droit de choisir les médecins et les établissements de santé, ainsi que les programmes de soins.
4. Au cours du traitement, les malades ont le droit de décider d'arrêter ou de continuer à accepter les programmes de soins.
5. Les malades ont le droit de bénéficier d'une fin de vie digne.

1. Les malades ont le droit de connaître leurs maladies :

L'article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) précise que : « le médecin doit, à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination ».

2. Les malades ont le droit d'accéder aux informations relatives à leurs maladies :

La loi du 3 mars 2002 prévoit qu'au cours des soins ou postérieurement, le patient peut avoir accès - à son initiative et directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne - aux

informations de santé le concernant, établies ou détenues par un professionnel ou établissement de santé.

Cette communication concerne notamment les informations « qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers » (article L.1111-7 du code de la santé publique) ».

3. Les malades, après les conseils des professionnels de santé, ont le droit de choisir les médecins et les établissements de santé, ainsi que les programmes de soins :

Ce thème s'inscrit dans le cadre de la théorie du « Libre choix » du patient de l'Ordre des Médecins.

Dans l'article 6 (article R.4127-6 du code de la santé publique) est ainsi précisé que « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit. »

Le code de la santé publique dispose aussi que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation

sanitaire »⁴⁴ .

Le libre choix est donc un droit du patient. Ce droit, ainsi que la liberté consentie par la loi d'en faire usage, contribue à la confiance que le malade accorde à son médecin. Cette confiance fonde la responsabilité du praticien et de l'établissement de santé.

4. Au cours du traitement, les malades ont le droit de décider d'arrêter ou de continuer à accepter les programmes de soins :

L'Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique) encadre le droit du malade à consentir ou non aux soins en précisant que « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer*

44 Article L. 1110-8, 1^{er} alinéa du code de la santé publique

sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42 »

Ce droit au consentement permet au patient d'interrompre s'il le souhaite un processus, après avoir reçu les informations adéquates et véridiques des professionnels de santé.

5. La dignité de la fin de la vie :

La personne bénéficie d'un droit de refus quant à l'acharnement thérapeutique ou aux soins palliatifs. C'est sur ce fondement que la loi Léonetti a consacré les droits relatifs aux personnes en fin de vie⁴⁵.

II - La dignité des proches du malade :

1. Être informé de l'état de santé du patient :

Lorsque le patient est en état d'exprimer sa volonté, il peut autoriser le médecin à donner des renseignements aux personnes qu'il désigne ou qui l'accompagnent lors des consultations.

Sauf opposition de sa part, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret ne fait toutefois nullement obstacle à ce que la famille, les proches ou la personne de confiance, peuvent être susceptibles d'apprendre de la part du médecin. Ces informations ont pour visée de les aider à apporter leur soutien dans la prise en charge du malade.

Lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté ou qu'il est décédé, la loi institue des dérogations importantes qui seront examinées plus avant dans les paragraphes suivants : droit d'être informé, droit d'être consulté, droit d'accès au dossier médical.

2. Prendre une décision pour le patient :

⁴⁵ La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti, adoptée le 12 avril 2005, promulguée le 22 avril 2005 et publiée au Journal officiel le 23 avril 2005.

Est visé le rôle de « substitution » pour la décision médicale.

Le proche peut être amené à jouer un rôle dans la décision médicale lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté. L'absence de conscience, qu'elle soit une conséquence d'une pathologie ou d'un risque de la vie, peut entraîner des dérogations importantes quant aux responsabilités du proche du patient.

Il va recevoir, de façon dérogatoire, des informations sur la santé du patient afin d'éclairer l'équipe médicale. Il faut, à ce titre, distinguer les deux charges qui peuvent incomber au proche du malade. Il est, d'une part, appelé à jouer un rôle dans la prise de décision concernant le processus de soin et la recherche biomédicale mais il occupera également une fonction particulière dans deux situations bien spécifiques: l'examen des caractéristiques génétiques de la personne et le prélèvement d'organe sur la personne décédée.

III - La dignité de professionnels de santé :

Dans le champ des recherches menées autour de la dignité de la santé, le paradigme premier est la centralité du patient. Les malades, considérés ici comme la « théorie centre » de ce domaine, sont un groupe de personnes vulnérables dont il s'agit d'encadrer la protection et les droits.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins précise ainsi que : « Le praticien doit honorer le contrat moral qui le lie à un patient, répondre en conscience à une confiance et accomplir un devoir qui lui est propre. La société lui a confié un rôle privilégié : donner des soins aux personnes malades, mais aussi, être le défenseur de leurs droits, des personnes fragiles ou vulnérables »⁴⁶

Néanmoins, une attention et un effort non moins importants sur la dignité des personnels de santé ne doivent pas être négligés.

La négligence récurrente de la dignité des personnels de santé en Chine, dans la relation entre les patients et les médecins, est à corréluer au niveau de développement du système de santé et de la réflexion scientifique et sociétale sur la notion de dignité de la santé. Ainsi, ce problème est un enjeu pertinent et un horizon d'attente souhaitable dans les pays dont le système de la santé est encore sous-développé.

46 Article 2 - Respect de la vie et de la dignité de la personne

En Chine notamment, cette situation et ces négligences aboutissent à des crispations croissantes entre patients et malades jusqu'à devenir un problème social.

Les rixes, les incivilités et les confrontations sont le lot quotidien de cette absence de régulation entre patients et professionnels de santé. Sachant que la profession de médecin est porteuse de responsabilités et de risques, l'étude rigoureuse et approfondie de la dignité des personnels de santé doit aussi faire l'objet de toute notre attention.

En raison des exigences et des questionnements croissants de la société à l'égard des professionnels de santé, des évolutions souhaitables de l'assurance professionnelle et des aléas en termes de protection judiciaire. Les professionnels de santé peuvent éventuellement devenir des personnes vulnérables dans la société chinoise. Le manque de respect porte en lui l'absence de dignité, pourtant nécessaire à l'exercice de leur fonction. Les violences médicales, les discriminations influencent le travail des professionnels de santé et contribuent à alimenter une image erronée et négative dans la société.

ACCREDITATION: 4000 "RECOMMENDATIONS FOR IMPROVEMENT": DO THEY MAKE A DIFFERENCE?

Anne Depaigne-Loth^{1,*}, Vincent Mounic¹, Mohammed Makhouk¹, Xin Chen²

¹Division of Quality and Safety Improvement in Health Care, HAS Haute Autorité de Santé - French National Authority for Health, Saint denis La Plaine Cedex, ²Université de Paris 5, Paris, France

Objectives: To investigate the impact of the recommendations issued during an hospital accreditation process. This study concerns 4109 recommendations and explores a methodology to assess their implementation and their impact.

In France as is the case in the other countries that have adopted an accreditation system to regulate the hospital sector, accreditation is challenged by its environment to account for its effectiveness. The 2700 French hospitals have undergone two cycles of accreditation. A third cycle is still being rolled out. 18 000 recommendations have been offered during the second cycle: what happened to them? Accreditation research is a growing field but few studies have addressed the precise issue of the impact of the recommendations identified in the accreditation reports (1).

Methods: The sample comprised the 612 hospitals that have completed the second and the third cycle of accreditation. The standardised data derived from the national accreditation database was used to conduct a **descriptive quantitative analysis**. The recommendations issued for each hospital during the second cycle were "chained" to the recommendations notified during the third cycle. A **documentary review** was conducted on a sample of 30 accreditation and follow-up survey reports. Two types of recommendation were investigated: depending on the severity of the non-compliance, they are qualified either as "recommendations level 1" or "reservations".

Results: **The great majority of the recommendations have been acted upon.** They almost all resulted in some action and almost none of the recommendations were omitted. Only 3% of the reservations were maintained after the follow-up visit and only 2% of the recommendations level 1 were found to have been omitted. 63% of the reservations issued during the second cycle were not renewed 4 years later. 25% of the reservations were re-notified on the same subject but recast as a recommendations level 1. Qualitative analysis shows that most the 12% of the "re-notifications" cannot be attributed to a lack of response from the HCO but to difficulties in matching the level of expected performance of the new standards.

Progress is more difficult to achieve when the implementation of the recommendation involves a change in clinical practice. For example, 67% of reservations concerning medication safety were re-notified during the third cycle. Two factors explain this result: first, this domain was identified as a "high priority" in the third accreditation process/the level of expected performance was raised between the two cycles; second, the implementation of medication safety systems is hindered by the technical and cultural barriers that affect any major changes in clinical practice.

Conclusion: The study contributes to document the positive external pressure exerted by the accreditation and the effectiveness of the regulatory strategies it proposes: follow-up measures, progressive upgrading of the standards, and time given to the organisations to implement changes. This pilot study has some limitations that should be addressed. Progress cannot be attributed with certainty to the accreditation. The results should be crossed with the results from other research. The methodology will be generalised to a full cycle of accreditation and the analysis complemented.

References: (1) Abdelmoumène N, Burnel P. Deuxième procédure de certification des établissements de santé. Impact des recommandations de la V1. *Gestions Hosp* 2006; (460):6.; on a very similar subject : Benson L, Boyd A, Walshe K. Learning from CHI: the impact of healthcare regulation [Internet]. 2004 Mar [cited 2009 Jun 1]



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé ?

Une étude pilote sur les données de la certification

Février 2013

© Haute Autorité de Santé - 2013

Sommaire

Résumé.....	5
Introduction.....	6
1. Méthode.....	11
1.1 Volet 1 « Quel est l'impact des réserves de la V2 ? ».....	11
1.2 Volet 2 « Quel est l'impact des recommandations de la V2 ? ».....	14
2. Résultats.....	17
2.1 Volet 1 « Quel est l'impact des réserves de la V2 ? ».....	17
2.1.1 Les établissements étudiés.....	17
2.1.2 Les décisions étudiées.....	19
2.1.3 Le devenir des réserves de la « V2 » : résultats globaux.....	20
▶ En V2 : les mesures de suivi de la certification V2, quels résultats ?.....	20
▶ En V2010 : retrouve-t-on les dysfonctionnements repérés lors de la certification V2 ?.....	22
2.1.4 Le devenir des réserves de la « V2 » : résultats par thèmes.....	25
2.1.5 L'explication des situations de « renotification » de décisions en V2010.....	26
▶ Droits et place des patients : une nouvelle sensibilité.....	28
▶ Prise en charge médicamenteuse : l'ancien et le nouveau.....	29
▶ Dossier du patient : regard « indicateur » et regard « expert-visiteur ».....	34
2.2 Volet 2 « Quel est l'impact des recommandations de la V2 ? ».....	36
▶ Les établissements étudiés.....	36
▶ Les décisions étudiées.....	38
▶ Le suivi des recommandations de la « V2 » : résultats globaux.....	39
▶ Le suivi des recommandations de la « V2 » : résultats par thème.....	41
Conclusion.....	44
Annexe 1. Constitution de l'échantillon de l'étude « impact des décisions ».....	46
Annexe 2. Table de correspondance thématique V2 - V2007 - V2010.....	49
Annexe 3. Echantillon qualitatif – Volet "réserves".....	50
Participants.....	51
Figure 1. Le suivi des réserves par la HAS.....	9
Figure 2. Réalisation des visites de certification depuis 1999 et prévisions 2012-2014.....	10
Figure 3. Echantillon du volet "réserves".....	12
Figure 4. Echantillon du volet "recommandations".....	15
Figure 5. Niveaux de décisions V2 - volet "réserves".....	17
Figure 6. Nombre de décisions par ES - volet "réserves".....	18
Figure 7. Types d'ES - Volet "réserves".....	19
Figure 8. Thématiques des réserves.....	20
Figure 9. Résultats des mesures de suivi V2.....	20
Figure 10. Les réserves renotifiées en V2010.....	22
Figure 11. Résultats du suivi V2 vs renotifications en V2010.....	24
Figure 12. Les taux de renotification en V2010 - par thème.....	25
Figure 13. Les-taux de renotification en V2010 - par thème et par type de décision.....	26
Figure 14. Les critères "droits des patients" concernés par des renotifications en V2010.....	28
Figure 15. Réponses aux éléments d'appréciation du critère 20a (médicament) en V2010.....	30
Figure 16. Réponses aux éléments d'appréciation du critère 14a (dossier du patient) en V2010.....	34
Figure 17. Niveaux de décision - Volet "recommandations".....	36
Figure 18. Nombre de recommandations par ES - volet "recommandations".....	37
Figure 19. Types d'établissement - Volet "recommandations".....	38
Figure 20. Thèmes des recommandations - Volet "recommandations".....	38
Figure 21. Constats sur le suivi des recommandations.....	39
Figure 22. Constats sur le suivi des recommandations - par thèmes.....	42
Figure 23. Constitution de l'échantillon de l'étude.....	47
Figure 24. Echantillon "réserves" et échantillon "recommandations".....	48

Participants

Pilote

Anne DEPAIGNE-LOTH, conseiller technique, DAQSS.

Contributeurs

Vincent MOUNIC, chef de service, SDC.

Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, SDC.

Xin CHEN, stagiaire, DAQSS.

Dominique FERRÉOL, chef de projet, SDC.

Gersende GEORG, chef de projet, SCES.

Mohammed MAKHOUKH, chef de projet MOSI, SCES.

Expert externe

Geneviève DELACOURT, ARS Basse-Normandie.

Groupe de suivi

Jean-Paul GUÉRIN, président de la CCES, DAQSS.

Thomas LE LUDEC, directeur, DAQSS.

Vincent MOUNIC, chef de service, SDC.

Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, SDC.

François BÉRARD, chef de service, SCES.

Dominique FERRÉOL, chef de projet, SDC.

Gersende GEORG, chef de projet, SCES.

Catherine GRENIER, chef de service, SIPAQSS.

Bruno LUCET, adjoint au chef de service, SCES.

Mohammed MAKHOUKH, chef de projet MOSI, SCES.

ÉDITION 2015

ÉTUDE COMPARATIVE DES VOIES DE QUALIFICATION DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES

A propos des données 2014 et évolution de 2009 à 2014

Conseil National de l'Ordre des Médecins
Docteur Patrick BOUET, Président

Coordination :
Professeur Robert NICODEME
Président de la Section Formation et Compétences Médicales



Adam TORNAY, Responsable de la Section Formation et Compétences Médicales

Avec la collaboration de : Guillaume FERNANDEZ

Avec la participation de :

Peggy ANTONIO
Natacha BADE-PIERRE
Magali BOIVIN
Philippe CHAPDELAIN
Karinna CLEMENT
Liliane COUESNON
Laura LYFOUNG
Sylvie ROBERT
Manon ROZADA
Patrizia SCHIAVON-RELO
Xin CHEN