

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/203-les-migrations-internationales-de-medecins-impacts-et-implications-politiques.pdf>


## Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques

Yasser Moullan (University of Oxford, International Migration Institute, Irdes)  
En collaboration avec Yann Bourgueil (Irdes)

Si la migration internationale des médecins a fait l'objet de débats autour de la « fuite des cerveaux », peu d'études ont abordé ce sujet dans sa globalité, du fait de l'absence de données statistiques suffisantes. Une base de données originale s'appuyant sur le lieu de formation des médecins – sur la période 1991-2004 –, a permis de dresser un panorama des flux migratoires de médecins, d'en étudier les impacts et d'en tirer des implications de politiques économiques.

Les pays d'Asie sont ceux qui envoient le plus de médecins à l'étranger (Inde, Philippines) suivis du Canada et du Royaume-Uni, la France n'arrivant qu'en 25<sup>e</sup> position. L'Afrique subsaharienne a la densité médicale la plus faible au monde et connaît un taux d'émigration relativement élevé, de 19 % en moyenne en 2004. 60 % des médecins étrangers sont établis aux Etats-Unis en 2004, ce pays accueillant le plus de médecins au monde, et 20 % au Royaume-Uni. L'Australie, le Canada et l'Allemagne en accueillent chacun 3 %, la Belgique 2 % et la France 1,34 %.

Quels sont les effets de ces migrations sur les pays de départ, tant du point de vue économique que sur celui des indicateurs de santé ? Quels sont les leviers d'action possibles et les politiques publiques envisageables pour faire face à l'émigration ? Quelle coopération internationale en matière de mobilité internationale des professionnels de santé ? Quels effets sur les politiques de régulation des professions de santé dans les pays d'accueil ?

 Une des ressources essentielles, sinon la principale, des systèmes de santé, est constituée par les femmes et les hommes qui y travaillent. Ces personnels de santé hautement qualifiés, particulièrement les médecins, font l'objet de nombreuses mesures de régulation quantitatives et qualitatives afin de garantir les enjeux de qualité, d'équité et de soutenabilité des soins. En France, c'est principalement par la limitation du nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études en deuxième année de médecine

et par la définition du nombre de places dans les filières de spécialités, à l'échelon national et régional, que s'opère cette régulation. Après une longue période de baisse du *numerus clausus*, la France a réinvesti dans la ressource médicale puisque le nombre d'étudiants admis à se former en deuxième année a plus que doublé entre 1998 et 2014 pour passer de 3 500 en 1992 à 7 492<sup>1</sup> en 2014. L'augmentation massive du nombre de médecins permettrait ainsi, comme dans les années 1970, de saturer la demande de soins, les médecins allant à

terme s'installer où il y a des besoins. Cette approche principalement quantitative de la régulation, complétée depuis plusieurs années par un ensemble de mesures incitatives en zones prioritaires (Bourgueil *et al.*, 2007) se confronte à deux phénomènes inédits : d'une part, l'évolution du rapport à l'exercice de la médecine, concomitant à la féminisation du corps médical, qui se traduit notamment par des choix d'instal-

<sup>1</sup> Source arrêté du 31 décembre 2013-JORF n° 0004 du 5 janvier 2014.

lation et de modes de travail différents de ceux qui ont prévalu ces trente dernières années ; et, d'autre part, un processus croissant de mondialisation de la circulation des professionnels de santé. De fait, l'immigration des médecins a longtemps constitué, notamment pour les pays riches, un moyen d'ajustement plus ou moins explicite des ressources humaines en santé. Ainsi, dans les années 2000, la proportion de médecins étrangers s'élevait à environ 21 % en Australie, 30 % au Royaume-Uni, 34 % en Nouvelle Zélande, 23 % au Canada et 24 % aux Etats-Unis (Astor *et al.*, 2005; Forcier *et al.*, 2004). En 2000, leur nombre représentait 421 746 personnes dans les pays de l'OCDE, soit 18,2 % du nombre total de médecins (OCDE, 2008). En France, le nombre de médecins formés hors des frontières - étrangers ou français - n'a cessé d'augmenter en raison d'un besoin constant de main-d'œuvre dans des régions à faible densité médicale ou dans certaines spécialités (Cnom, 2013), mais aussi parce qu'il constitue un moyen de contourner le processus de sélection initial pour des personnes recalées au concours de médecine souhaitant exercer cette profession (Encadré).

Par ailleurs, les pays d'émigration médicale, pour la plupart en voie de développement, doivent eux-mêmes faire face à des problèmes de santé publique tels que l'épidémie de VIH-Sida ou plus récemment Ebola. Ces pays participent aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui comportent un volet entier dédié à la santé auquel ils doivent satisfaire à l'horizon 2015. Relever ces défis sanitaires nécessite de disposer d'une main-d'œuvre médicale suffisante que

l'émigration a tendance à raréfier. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé en 2006 a estimé qu'il y avait une pénurie de personnels de santé (médecins, infirmières, sages-femmes) de l'ordre de 4 millions de personnes. 57 pays ont été identifiés dont 36 se trouvent en Afrique subsaharienne, qui est une importante région pourvoyeuse de médecins (OMS, 2006). On constate donc un écart croissant entre la demande et l'offre de services de santé au niveau international, générant ainsi des déficits de personnels de santé dans certaines zones.

Ce constat pose de nombreuses questions aussi bien du point de vue des pays pourvoyeurs de médecins que des pays receveurs : quelles sont les conséquences de cette émigration de médecins sur l'offre de soins ? A-t-elle contribué à une détérioration de l'état de santé des populations qui restent dans le pays ? Cette émigration n'a-t-elle pas engendré des déficits de main-d'œuvre ? Les médecins étrangers permettent-ils d'améliorer la répartition géographique des soins dans les pays d'accueil ? Quelles sont les conséquences de la libre circulation des médecins et de l'équivalence des diplômes européens sur les mécanismes de régulation de l'offre ?

Peu d'études ont jusqu'à présent analysé ces questions relatives à la mobilité des personnels de santé dans leur globalité. Une des explications souvent avancées a été le manque de données nécessaires à cette entreprise. Cet article apporte des éléments de réponse à partir d'une base de données actualisée des migrations de médecins – sur la période 1991-2004 – qui inclut 18 pays, dont la France, faisant

E

### L'augmentation continue du nombre de médecins formés hors de l'Hexagone

En France, le nombre de médecins étrangers ou français formés hors des frontières ne cesse d'augmenter. En 2012, près d'un quart des médecins (24 %) nouvellement inscrits ont un diplôme étranger (Cnom, 2013). Au 1er janvier 2013, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) recensait 21 111 médecins titulaires d'un diplôme étranger, soit environ 8 % des médecins inscrits au tableau de l'Ordre (Cnom, 2014). Ces médecins sont titulaires soit d'un diplôme européen (47 %), soit d'un diplôme extra-européen (53 %). Parmi les diplômés européens, 36 % sont formés en Roumanie, 21 % en Belgique, 11 % en Italie et 10 % en Allemagne ; les diplômés extra-européens sont pour 40 % formés en Algérie suivis de la Syrie (11 %), du Maroc (10 %) et de la Tunisie (5 %) (Cnom 2013). Parmi ces médecins formés à l'étranger, certains, de nationalité française, obtiennent leur diplôme hors de France (principalement en Belgique et Roumanie) afin de contourner le *numerus clausus*, ce quota d'étudiants admis après la première année de médecine, instauré pour réguler le nombre de praticiens. En France, seuls les diplômes obtenus dans l'Union européenne permettent un exercice de plein droit sur le territoire. Les diplômés obtenus hors de l'Union européenne sont soumis à une procédure d'autorisation d'exercice. Nombre de praticiens ayant obtenu leur diplôme à l'étranger sont recrutés dans des régions à faible densité médicale ou pallient un manque de professionnels dans certaines spécialités.

pour la plupart partie de l'OCDE. Cette base de données recense auprès d'associations médicales et d'instituts statistiques le nombre de médecins principalement formés à l'étranger (Encadré Sources). Elle permet de dresser un panorama des flux migratoires de médecins à travers le monde, d'en étudier les impacts et d'en tirer des implications en termes de politiques publiques.

## SOURCES

### Une base de données originale s'appuyant sur le lieu de formation des médecins

La base de données élaborée dans le cadre de la thèse de Yasser Moullan permet de mesurer, pour la période 1991-2004, le nombre de médecins étrangers enregistrés dans un pays, à partir du pays de formation de ces derniers. La collecte des données a donc été effectuée essentiellement auprès des associations médicales des 18 grands pays de destination des médecins. 87,5 % de la base est composée de données fondées sur le pays de formation (Canada, Danemark, Finlande, France, Nouvelle-Zélande, Norvège, Afrique du Sud, Royaume-Uni, Etats-Unis). Cependant pour certains pays (l'Australie, l'Autriche, la Belgique, l'Allemagne, l'Irlande, l'Italie, le Portugal, la Suède et la Suisse), cette information était indisponible et uniquement le pays de nationalité ou de naissance nous a été fourni. Ces données ont été corrigées par un ratio du nombre de médecins formés à l'étranger sur le nombre de médecins nés à l'étranger à partir d'autres sources statistiques. Ces données représentent 12,5 % de notre base totale. La base de données recense un total de 410 644 médecins formés à l'étranger et exerçant dans 18 pays d'accueil en 2004. Elle a été réalisée grâce à un financement de la Banque mondiale et avec la participation du Professeur Frédéric Docquier de l'Université Catholique de Louvain et du Professeur Alok Bhargava de l'Université du Maryland. Elle est disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://perso.uclouvain.be/frederic.docquier/oxlight.htm>

## REPÈRES

Ce *Questions d'économie de la santé* s'appuie sur une thèse de doctorat en économie soutenue par Yasser Moullan en 2011 à l'Université Paris 1-Panthéon Sorbonne (Moullan, 2012). Elle traite des déterminants, des conséquences et des implications de politiques économiques des migrations de médecins du point de vue des pays en développement. L'ensemble de la thèse est disponible sous format livre auprès de l'Atelier national de reproduction des thèses (ANRT) (<http://www.diffusiontheses.fr/65314-these-de-moullan--yasser-.html>).

G1

## D'où émigre-t-on ? Dans quelles proportions ? Vers quels pays ?

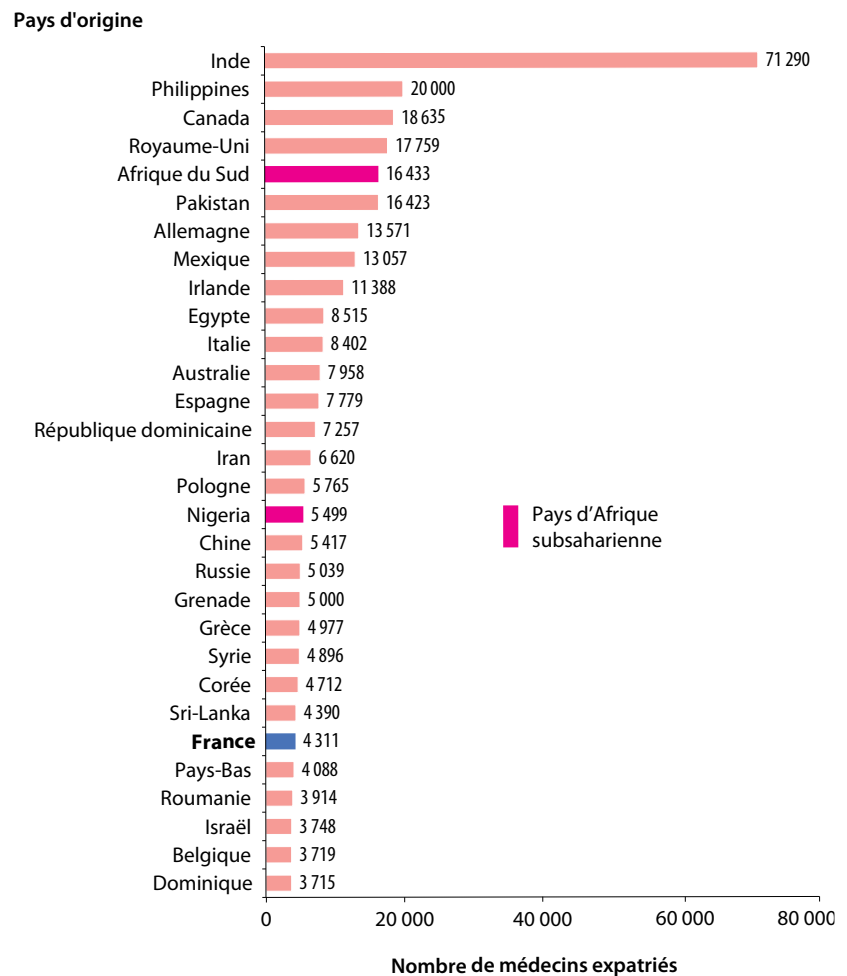
**La majorité des médecins installés à l'étranger provient d'Asie et des pays anglo-saxons**

Sans surprise, les pays d'Asie sont ceux qui envoient le plus de médecins à l'étranger (Graphique 1). En effet, avec une démographie importante, ces pays ont des capacités de formation médicale proportionnelles à la taille de leur population. En 2004, avec 71 290 médecins vivant à l'étranger, l'Inde est le pays ayant le plus de médecins en dehors de ses frontières. La deuxième place revient aux Philippines (environ 20 000 médecins). Cette tendance s'inscrit dans une perspective historique. Dès les années 1970, la moitié des médecins dans le monde provenait d'Asie, alors qu'ils venaient encore principalement d'Europe dans les années 1950 (Mejia, 1978). Plus surprenant : viennent ensuite le Canada et le Royaume-Uni, avec respectivement 18 635 et 17 759 médecins installés à l'étranger. La place de ces deux pays dans le classement s'explique probablement du fait qu'ils sont tous les deux des pays anglophones, ce qui facilite incontestablement la mobilité internationale des médecins. La France n'arrive qu'en vingt-cinquième position avec 4 311 médecins à diplôme français exerçant à l'étranger.

**Les îles et l'Afrique subsaharienne ont les taux d'émigration de médecins les plus élevés**

Si peu de pays d'Afrique subsaharienne figurent dans ce classement (en rouge sur le Graphique 1), l'étude des taux de migration – qui rapporte le nombre de médecins émigrants à ceux formés dans le pays d'origine – fait apparaître une nouvelle répartition (Graphique 2). Parmi les 30 pays présentant le taux le plus important d'exportation de médecins au monde, deux régions apparaissent clairement : les petites îles des Caraïbes et du Pacifique, et l'Afrique subsaharienne. A la Dominique et à la Grenade, le taux d'émigration avoisine les 99 %, et il est de 83 % à la Sainte Lucie, 62 % à Saint-Christophe-et-Niévès. Une autre île, l'Irlande, apparaît avec un taux d'émigration de 54 %. La taille des économies insulaires et leurs

### Les 30 pays les plus importants exportateurs de médecins au monde en 2004



Source : Base de données Bhargava, Docquier et Moullan (2011), élaborée à partir d'une collection de données provenant des pays étudiés (cf. Encadré Sources).

Réalisation : Irdes.

[Télécharger les données](#)

capacités d'absorption limitées expliquent en grande partie la forte émigration des médecins de ces régions. Ces forts taux d'émigration s'expliquent aussi du fait que tous ces pays ont pour langue officielle l'anglais et une proximité géographique avec les Etats-Unis ou l'Europe, qui sont des grandes zones de recrutement de médecins. Ainsi, leur système de formation médicale s'adapte pour répondre à la fois aux besoins de leur marché intérieur, mais également aux besoins des pays voisins.

En comparant ces taux d'émigration à leur densité médicale, on s'aperçoit que l'Afrique subsaharienne a un taux d'émigration en moyenne de 19 % en 2004, mais aussi la densité médicale la plus faible au monde (Bhargava et Docquier, 2007). Cette émigration des médecins, dans un contexte épidémique comme celui de la

propagation du VIH-Sida entre 1991 et 2004, a probablement joué un rôle important dans la détérioration des conditions médicales et sanitaires du pays, incitant les autres médecins à émigrer eux aussi (Bhargava et Docquier, 2008). Ceci témoigne du fait qu'au-delà des niveaux de salaires plus bas, les conditions de travail joueraient un rôle déterminant dans la décision d'émigrer (Vujicic *et al.* 2004).

La France présentait en 2004 un taux d'émigration de médecins de 2 %, ce qui est relativement faible. Ce taux s'explique en majeure partie par un nombre de médecins en exercice qui est important, de l'ordre de 200 000 en 2004. La France exporte essentiellement des médecins dans les pays voisins comme la Belgique (1 377 médecins), l'Allemagne (252), l'Italie (221), la Suisse (122) et le Royaume-Uni (447). Ces pays repré-

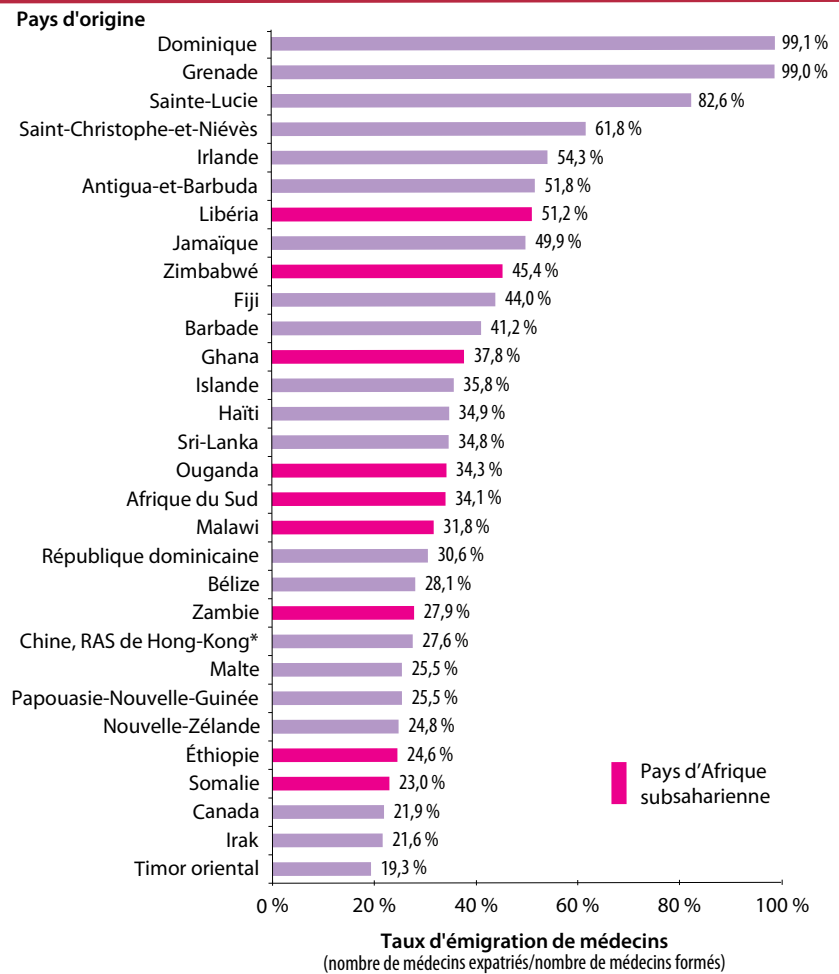
G2

sentent plus de la moitié de l'émigration française en 2004. Le Canada, en raison de proximités culturelles et linguistiques, accueillait 443 médecins et les Etats-Unis 1 285 médecins, représentant ainsi la deuxième destination des médecins français à l'étranger.

**80 % des médecins étrangers sont établis aux Etats-Unis et au Royaume-Uni**

S'agissant du choix de destination des médecins, on observe en 2004 que 60 % d'entre eux sont établis aux Etats-Unis, qui est le pays accueillant le plus de médecins au monde (Graphique 3). Le Royaume-Uni vient ensuite avec 20 % des médecins étrangers. Ces deux pays reçoivent donc à eux seuls 80 % des médecins étrangers dans le monde. L'importance de la maîtrise de l'anglais dans les études médicales reste un élément significatif dans la mobilité internationale. L'Australie, le Canada et l'Allemagne en accueillent chacun 3 % et la Belgique 2 %. La France en reçoit un peu plus de 1 %, ce chiffre faible n'étant qu'une fourchette basse en raison de la non-reconnaissance d'un certain nombre de médecins étrangers travaillant dans les hôpitaux français avec des statuts intermédiaires.

Les 30 taux d'émigration de médecins les plus élevés au monde en 2004



\* RAS : Région administrative spéciale

Source : Base de données Bhargava, Docquier et Moullan (2011), élaborée à partir d'une collection de données provenant des pays étudiés (cf. Encadré Sources).

Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

**L'impact de l'émigration de médecins dans les pays d'origine : des effets contrastés**

**L'émigration de médecins a des effets contrastés et limités sur l'état de santé des populations d'origine**

L'émigration de médecins des pays en développement vers les pays développés peut être considérée comme néfaste pour les pays de départ à faible revenu. En effet, on s'attend à une diminution de la quantité et de la qualité des soins de santé délivrés aux populations qui restent dans le pays. Or les conclusions empiriques dans la littérature académique ont du mal à incriminer l'émigration de médecins comme étant responsable d'une faible densité médicale et encore moins des mauvaises conditions de santé en Afrique subsaharienne (Clemens, 2007). Cet auteur met en avant d'autres facteurs tels que les

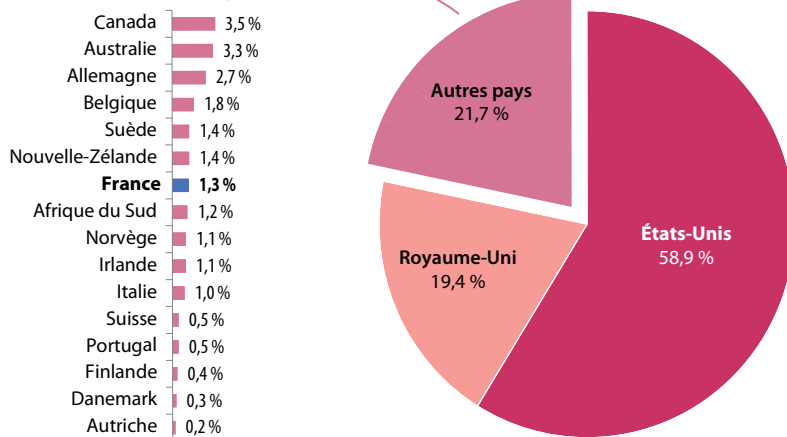
capacités de formation des médecins, la mauvaise répartition de l'offre de soins sur le territoire, l'environnement sanitaire et le dysfonctionnement des systèmes de santé.

Pour apporter une première réponse à ces questions, une analyse économétrique a été réalisée afin de tester, d'une part, si la densité et l'émigration de médecins dans le pays de départ avaient un effet significatif sur la mortalité infantile et, d'autre part, s'ils déterminent la délivrance d'un soin particulier de santé, celui de la vaccination (Encadré Méthode). Les résultats montrent que la densité de médecins dans le pays de départ joue un rôle significatif dans l'amélioration de la santé infantile. En revanche, l'émigration de médecins en elle-même n'a pas d'influence directe sur les taux de mortalité et de vaccination (Bhargava, Docquier et Moullan, 2011). Ce résultat est expliqué par des faibles

effectifs de médecins qui émigrent chaque année, ce qui confirme que l'émigration ne peut pas être tenue pour seule responsable de la faible densité de médecins dans les pays en développement. Ainsi, limiter la fuite des médecins à l'étranger n'aurait que des effets relativement faibles sur l'amélioration de la santé infantile. Dans le cas précis de populations très vulnérables comme les enfants, le rôle des autres professionnels de santé (infirmières, sages-femmes), les soins préventifs ainsi que l'environnement sanitaire (disponibilité d'eau potable) s'avèrent prépondérants. A l'inverse, le médecin occupe une place centrale dans des contextes épidémiques complexes (tuberculose, VIH-Sida, Ebola...) où la dimension curative (diagnostic et rapidité des traitements) est primordiale (Bhargava et Docquier, 2008, pour le cas du VIH-Sida).

G3

## Les pays de destination des médecins étrangers en 2004



Source : Base de données Bhargava, Docquier et Moullan (2011), élaborée à partir d'une collection de données provenant des pays étudiés (cf. Encadré Sources).

Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

Si la ressource humaine médicale est une composante incontournable des systèmes de santé, son efficacité doit s'inscrire dans une politique générale de santé publique englobant simultanément l'amélioration des conditions de travail, la modernisation des infrastructures et des équipements médicaux, la disponibilité des traitements et un environnement sanitaire de qualité.

### L'émigration de médecins aurait également des effets bénéfiques pour les pays d'origine

La littérature économique s'est longtemps interrogée sur les conséquences de l'émigration de la main-d'œuvre qualifiée sur le développement économique des pays d'origine. L'approche traditionnelle considérait les migrants qualifiés comme une perte nette pour les pays d'origine, en termes de finances publiques et de potentiel de développement. De ce fait, une taxe à l'émigration avait même été proposée pour compenser les pertes pour le pays de départ (Bhagwati et Dellafar, 1973). Cependant, plus récemment, une nouvelle approche des migrations a vu le jour, soulignant que la migration pouvait avoir des effets bénéfiques pour le pays d'origine. Trois explications ont été avancées : d'une part, cela peut représenter une incitation à l'éducation pour les personnes restées dans le pays d'origine ; d'autre part, les fonds financiers renvoyés par les migrants de l'étranger peuvent atteindre des montants assez importants pour les pays de

départ ; enfin, le retour des migrants dans leur pays d'origine après un certain temps passé à l'étranger peut être bénéfique en termes de partage d'expérience.

Dans le cas des médecins, la question de l'influence de l'émigration sur l'incitation à s'éduquer s'est focalisée sur l'incitation à devenir médecin. Selon cette nouvelle littérature, une émigration d'un médecin inciterait d'autres personnes à s'engager dans des études de médecine et donc à devenir médecins plus tard. Les résultats de notre étude montrent un effet positif et significatif, mais de faible ampleur, de l'émigration sur les incitations à devenir médecin pour les générations suivantes (Bhargava, Docquier et Moullan, 2011). En d'autres termes, le nombre de médecins qui émigre n'est jamais totalement compensé par le nombre de personnes qui sont incitées à devenir médecin.

Les migrations internationales sont de plus en plus associées à des envois de fonds financiers vers leur pays d'origine. Selon les données de la Banque mondiale, leur montant atteignait 325 milliards de dollars en 2010 pour les pays en développement (Banque mondiale, 2011), soit trois fois plus que l'aide publique au développement et quasiment autant que les investissements directs étrangers reçus par ces pays. Ces retombées économiques importantes ont incité certains pays comme les Philippines à considérer les migrations comme de véritables stratégies de

développement. Dans le cas précis des Philippines, une forte spécialisation de l'émigration dans le secteur médical (infirmières, médecins) a été favorisée dans les années 1980-1990. Beaucoup d'études ont mesuré l'ampleur des envois de fonds des migrants mais peu se sont focalisées sur les envois effectués uniquement par les médecins. Une enquête réalisée en 2002 auprès de médecins étrangers installés au Royaume-Uni (Kangasniemi *et al.*, 2007) a montré qu'en moyenne, 45 % des médecins interrogés déclaraient renvoyer de l'argent dans leur pays d'origine à hauteur de 16 % de leur revenu. Ce chiffre atteint 22 % pour les médecins venant de pays à faibles revenus.

Le retour des migrants dans leur pays d'origine, après une période d'émigration, est aussi une autre raison avancée pour justifier les retombées positives des migrations pour le pays de départ. En effet, dans le cas des retours de migrants qualifiés, la transmission de leur savoir-faire, acquis à l'étranger, peut être considérée comme une contribution importante pour les pays d'origine en termes d'innovation mais aussi de transmission de normes sociales. L'enquête de Kangasniemi *et al.* (2007) apporte des éléments en ce sens puisque 50 % des médecins issus de pays à faibles revenus déclaraient leur intention de revenir dans leur pays d'origine. La principale raison invoquée était d'ordre familial. En revanche, ceux qui n'avaient pas l'intention de revenir justifiaient leur décision en invoquant les conditions de travail de leur pays d'origine<sup>2</sup>.

### Leviers d'action et politiques publiques dans les pays de départ

#### Prendre en compte l'ensemble des incitations financières et non financières

Les gouvernements ont souvent pointé du doigt la faible rémunération des médecins dans les pays de départ. Cependant, bien que les incitations financières restent des outils nécessaires pour garder un personnel médical motivé et productif, elles restent limitées dans le cas des migrations

<sup>2</sup> <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0618.pdf>

internationales (Vujicic *et al.*, 2004). Dans les pays en développement, l'augmentation des salaires des médecins est une nécessité, mais son niveau ne pourra jamais rattraper les salaires des pays développés. En revanche, l'envie de se former ailleurs et d'acquérir de l'expérience, de même que la dégradation des conditions de travail, sont régulièrement avancées par les médecins pour expliquer les raisons de leur émigration (Awases *et al.*, 2004 ; Kangasniemi *et al.*, 2007). Parmi les mesures non financières jouant un rôle significatif dans la décision de rester au pays, figurent les politiques de formation professionnelle tout au long de la vie, les politiques de valorisation des carrières et d'évolution professionnelle, ainsi que l'amélioration des conditions de travail.

### Adapter la capacité de formation

Pour faire face à l'émigration, et quelquefois à la pénurie de médecins, certains pays en développement ont choisi d'accroître leur capacité de formation médicale. Si cette politique permet de remplacer rapidement les départs de certains praticiens, elle pose néanmoins deux problèmes liés à la capacité d'absorption du pays et au coût de cette politique. En effet, si le renforcement de la capacité de formation des médecins ne s'accompagne pas de perspective de recrutements, une situation de chômage est possible notamment en période de contrainte budgétaire, incitant à l'émigration, comme l'illustre le cas actuel de la Grèce (Kentikelenis et Papanicolas, 2012). D'autre part, accroître les capacités de formation pose la question du retour sur investissement de cette poli-

tique sachant qu'une partie des étudiants formés exerceront à l'étranger. Ainsi, selon certaines estimations, il semblerait que l'Inde ait perdu 5 milliards de dollars en formation de médecins du fait de l'émigration depuis 1951 (Martineau *et al.*, 2004). La taxe proposée sur l'émigration de la main-d'œuvre qualifiée visait à compenser cette perte budgétaire (Bhagwati et Dellafar, 1973).

## Quelle coopération internationale en matière de mobilité internationale des professionnels de santé ?

### Limiter les recrutements à l'étranger ou libre circulation ?

La première réponse apportée pour faire face au déficit de médecins dans les pays en développement a été de vouloir limiter le recrutement des médecins dans ces zones. En 2003, les Etats du Commonwealth, sous l'égide du Royaume-Uni, ont ainsi adopté un guide de bonnes pratiques visant à réduire le recours à une main-d'œuvre étrangère issue de pays souffrant eux-mêmes de pénurie, venant principalement d'Afrique. Un code similaire, mais non contraignant, a été adopté par les Etats membres de l'OMS en 2010 afin « d'atténuer les effets négatifs des migrations de personnels de santé sur le système de santé des pays en développement<sup>3</sup> ». L'adoption de ces guides de bonnes pratiques s'est rapidement heurtée à la volonté des médecins de pouvoir être mobiles

internationalement, invoquant l'article 13.2 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme et du Citoyen garantissant le « droit de quitter tout pays, y compris le sien, et de revenir dans son pays ». Il ne s'agit donc pas de priver les pays en développement de leurs médecins mais plutôt d'accueillir les médecins désireux de quitter leur pays et qui sont libres de le faire (Clemens, 2009). Cet argument a été renforcé dans le contexte africain par la volonté des médecins de quitter leur pays afin d'échapper aux risques de transmission élevés causés par l'épidémie de VIH-Sida. Ce débat pose plus généralement la question de la pertinence des politiques visant à réguler les migrations dans un contexte de mondialisation croissante et où la dimension politique se heurte aux aspirations des personnes à une vie meilleure *via* une émigration.

### L'aide au développement peut réduire les migrations de médecins, mais dans des proportions faibles

Influer sur les facteurs qui poussent à émigrer ou, au contraire, qui retiennent les médecins dans leur pays, peut s'avérer une solution plus utile que la restriction directe de la mobilité des travailleurs de santé. Un des outils fréquemment cités est l'aide au développement (*via* la politique de codéveloppement) accordée par les pays de l'OCDE au secteur de la santé. Ainsi, une politique de santé dans les pays en développement fondée sur les ressources humaines peut être mise en œuvre à travers des mécanismes de compensation financière par les pays développés. Cette aide peut permettre d'atténuer les flux migratoires de médecins en favorisant la création d'infrastructures médicales et l'amélioration des conditions de travail des médecins *via* l'approvisionnement en médicaments et en équipements. Enfin, à travers l'assistance technique accordée aux pays en développement (c'est-à-dire l'envoi de professionnels de santé des pays donateurs vers les pays en développement), l'aide à la santé peut conduire à l'amélioration des systèmes de santé par la transmission de compétences et l'échange de bonnes pratiques. Quel est alors, dans ce cadre, le lien existant entre l'aide au développement dans le secteur de la santé et les migrations ?

<sup>3</sup> [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_fr.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_fr.pdf)

## MÉTHODE

La base de données ainsi collectée permet de disposer d'informations à la fois sur le pays de formation de départ et sur le pays d'arrivée des médecins, pour une période relativement longue, de 1991 à 2004. La base a été étoffée avec les données du *World Development Indicator* de la Banque mondiale afin d'obtenir des informations sur les indicateurs de santé dans les pays de départ des médecins. Les taux de mortalité pour les enfants de moins de 1 an et ceux de moins de 5 ans, ainsi que les taux de vaccination des enfants contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, ont été introduits comme variables dépendantes. En adoptant des modèles dynamiques à effets aléatoires et à effets fixes, il a été possible de mesurer l'effet de l'émigration de médecins sur le niveau des indicateurs de santé trois ans plus tard dans les pays de départ. La mesure de l'effet de l'aide au développement a mobilisé des données issues de la base de l'OCDE-DAC-CRS afin d'analyser l'impact des flux d'aide dans le secteur de la santé (calculé à partir d'une moyenne des trois années précédentes) vers les pays en développement sur l'émigration des médecins à partir de ces pays. Ici, des modèles issus de la Méthode des Moments Généralisés (GMM) ont été utilisés. Tous ces modèles économétriques tirent parti de la dimension temporelle de la base pour estimer des causalités entre les variables grâce à l'introduction de variables retardées comme instrument et en contrôlant pour les caractéristiques de chaque pays. L'inclusion du retard pour la variable dépendante a permis de calculer la croissance des évolutions en tenant compte de leur niveau initial. Des effets de court terme mais aussi de long terme en sont déduits.

Les résultats des estimations (Encadré Méthode) montrent que l'aide à la santé permet effectivement de réduire la migration de médecins mais dans des proportions faibles et seulement à court terme.

Ainsi, dans un délai de trois années, nos estimations montrent qu'un doublement de l'aide à la santé entraîne une diminution du taux de croissance de l'émigration de médecins de 5 %. L'aide au développement apparaît comme un outil limité pour contrôler les migrations. Afin d'interpréter le canal par lequel transite cet effet, l'analyse a distingué l'aide relevant de l'assistance technique, c'est-à-dire les flux d'expertise médicale, de l'aide relevant des flux financiers. L'assistance technique (*via* le transfert de savoir-faire de médecins venus des pays donateurs vers les pays d'origine) apparaît alors plus efficace que l'aide financière (un doublement de l'assistance technique réduit les migrations de médecins de 7 % alors que cette réduction n'est que de 4,6 % pour l'aide financière). Une des explications possibles est que les flux financiers étant fongibles, c'est-à-dire qu'ils peuvent se substituer à une partie du budget du ministère de la Santé des pays receveurs, l'aide monétaire ne se traduit alors pas par une dépense additionnelle dans le secteur de la santé. Par ailleurs, la dissolution de cette aide financière *via* les services administratifs de l'Etat ne débouche que sur une part réduite de fonds réellement distribués.

\* \* \*

La migration des professionnels de santé, et notamment des médecins, est un phénomène croissant à l'échelle mondiale

et particulièrement en Europe depuis la reconnaissance de l'équivalence des diplômes mise en oeuvre en 2007 entre pays européens.

Pour confirmer ces résultats, une actualisation des données et des analyses sur la dernière décennie paraît nécessaire, prenant en compte les effets du vieillissement démographique, les politiques de restriction budgétaire, l'élargissement de l'Union européenne à 28 pays membres, l'adoption des codes de bonnes pratiques ainsi que la mise en place de la réforme du système d'assurance en santé aux Etats-Unis qui va induire une forte demande de professionnels de santé.

Néanmoins, l'étude permet de dégager plusieurs enseignements utiles pour penser la régulation des professions de santé en France dans un contexte élargi. Les migrations internationales de médecins ne doivent pas être considérées uniquement comme une fuite des cerveaux mais peuvent au contraire constituer une véritable stratégie de développement des pays d'origine.

Ainsi, les retombées économiques en termes de flux financiers, les retours de migrants, les partages de connaissance *via* les diasporas sont autant de mécanismes qui laissent à penser que les bénéfices de l'émigration sont plus importants qu'ils ne le laissent croire. Par ailleurs, l'efficacité des politiques publiques visant à limiter les flux migratoires, dans un contexte de mondialisation des biens, des services et de la main-d'œuvre, a été remise en cause par la volonté des individus, et en particulier des médecins, à disposer de leur droit à migrer.

Des mesures d'incitation à exercer dans le pays d'origine semblent donc être des politiques à privilégier. Parmi les politiques incitatives visant à maintenir la ressource humaine en santé, les mécanismes strictement financiers tels que la revalorisation des salaires et l'évolution des carrières professionnelles sont nécessaires mais pas suffisantes. Leur efficacité réside dans la combinaison d'autres mesures non financières telles que l'amélioration des conditions de travail et de l'environnement sanitaire, la transparence des processus de recrutement, ou encore les possibilités de se former tout au long de la carrière.

A ce titre, l'expertise médicale par les réseaux de coopération internationale paraît plus efficace que l'aide purement financière. C'est également le constat des études analysant les politiques de régulation du nombre et de la répartition des professionnels de santé dans les pays développés (Bourgueil *et al.*, 2006).

Enfin, la libre circulation et installation des médecins à l'échelle mondiale et notamment européenne questionne l'efficacité des seuls processus de régulation ciblés à l'entrée des études comme le *numerus clausus* en France. A l'instar d'autres secteurs d'activité, la santé ou tout au moins la politique de la ressource humaine en santé, au-delà de la seule reconnaissance des diplômes, paraît dès lors devoir être appréhendée à l'échelon européen où existent des mécanismes de régulation très divers en amont et au cours de la formation, mais également à l'installation (Bourgueil *et al.*, 2002). ◆

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Astor A., Akhtar T., Matallana M.A., Muthuswamy V., Oluwu F. A., Tallo V., Lie R. K. (2005). "Physician Migration: Views from Professionals in Columbia, Nigeria, India, Pakistan, and the Phillipines". *Social Science and Medicine*, 61, 2492-2500.
- Awases M., Akpa R. G., Nyoni J., Chatora R. (2004). "Migration of Health Professionals in Six Countries: A Synthesis Report". World Health Organization Publication.
- Bhagwati J., Dellafar W. (1973). "The Brain Drain and Income Taxation". *World Development*, 1 (1-2), 94-101.
- Bhargava A. Docquier F. (2007). "A New Panel Data Set on Physicians' Emigration Rates (1991-2004)". [http://perso.uclouvain.be/frederic.docquier/filePDF/MBD1\\_Description.pdf](http://perso.uclouvain.be/frederic.docquier/filePDF/MBD1_Description.pdf)
- Bhargava A., Docquier F. (2008). "HIV Pandemic, Medical Brain Drain, and Economic Development in Sub-Saharan Africa". *World Bank Economic Review*, 22, 345-366.
- Bhargava A., Docquier F., Moullan Y. (2011). "Modeling the Effects of Physician Emigration on Human Development". *Economics and Human Biology*, 2(9), 172-183.
- Bourgueil Y., Dürr U., de Pouvourville G., Rocamora-Houzard S. (2002). « La régulation des professions de santé – études monographiques. Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis - Rapport final ». Drees, Document de travail n° 22, Série Etudes, mars.
- Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A. (2006). « Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 116, décembre.

## SUITE

- Bourgueil Y., Mousquès J., Marek A., Tajahmadi A. (2007). « Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 122, mai.
- Clemens M. (2007). «Do Visas Kill? Health effects of African health professional emigration» Working Paper 114, Center for Global Development, Washington D.C.
- Clemens M. (2009). "Skill Flow: A Fundamental Reconsideration of Skilled-Worker Mobility and Development". Working Paper 180, Center for Global Development, Washington D.C.
- Cnom (2013). « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2013 ». Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Cnom (2014). « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2014 ». Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Forcier M.B., Simoens S., and Giuffrida A.(2004). "Impact, Regulation and Health Policy Implications of Physician Migration in OECD Countries". *Human Resources for Health*, 2 (12).
- Kangasniemi M., Winters L. A., Commander S. (2007). «Is the Medical Brain Drain Beneficial? Evidence from Overseas Doctors in the UK». *Social Science and Medicine*, 65, 915-923.
- Kentikelenis A. et Papanicolas I. (2012) "Economic Crisis, Austerity and the Greek Public Health System". *European Journal of Public Health*, 22: 4-5.
- Martineau T., Decker C., Bundred P. (2004). "Brain Drain" of Health Professionals: From Rhetoric to Responsible Action". *Health Policy* 70, 1-10.
- Mejia, A. (1978). "Migration of Physicians and Nurses : a World Wide Picture," *International Journal of Epidemiology*, 1978, 7 (3).
- Moullan Y. (2012). "Medical Brain Drain, Foreign Aid and Human Development: Four Essays on International Migration". Thèse de Doctorat 2011, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Diffusion Atelier national de reproduction des thèses, Thèse à la carte.
- Moullan Y. (2013). "Can Health Foreign Assistance Reduce the Medical Brain Drain?". *Journal of Development Studies* 10(49), p1436-1452, DOI: 10.1080/00220388.2013.794261.
- OCDE (2008). "The Looming Crisis in the Health Workforce, How can OECD Countries Respond ?". Technical Report, OECD HEALTH POLICY STUDIES.
- OMS (2006). "World Health Report: Working Together for Health". World Health Organization, Geneva.
- Vujicic M., Zurn P., Diallo K., Adams O., and Dal Poz M. R. (2004). "The Role of Wages in the Migration of Health Care Professionals from Developing Countries". *Human Resources for Health*, 2 (3).
- World Bank 2011(2011). "Migration and Remittances Factbook", Washington D.C, World Bank.

**IRDES** INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •  
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •  
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

**Directeur de la publication :** Yann Bourgueil • **Rédactrice en chef technique :** Anne Evans • **Secrétaire de rédaction :** Anna Marek • **Relecteurs :** Charlène Le Neindre, Zeynep Or • **Premier maquettiste :** Franck-Séverin Clérémbault • **Assistant à la mise en page :** Damien Le Torrec • **Imprimeur :** Déjà-Link (Stains, 93) •  
**Dépôt légal :** novembre 2014 • **Diffusion :** Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • **Abonnement annuel :** 60 € • **Prix du numéro :** 6 € • **ISSN :** 1283-4769.

## NUMÉRO HORS-SÉRIE

### Index des 200 premiers numéros de *Questions d'économie de la santé* Janvier 1998 – juillet-août 2014



À l'occasion de la parution du numéro 200 de *Questions d'économie de la santé*, un regard porté sur l'intégralité de la collection, créée en 1998, révèle outre la diversité des thématiques traitées et les constantes dessinant le cœur des analyses produites par l'Irdes, l'évolution des travaux de l'Institut sur plus de quinze ans. Ces constantes résultent en partie de la production régulière de données à travers, notamment, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), réalisée par l'Irdes. Parmi les grands thèmes traités, notons : l'accès et le recours aux soins, la couverture complémentaire santé, les dépenses de santé, l'état de santé, la géographie de la santé, les inégalités de santé, l'organisation du système de santé, les pratiques médicales (coopération, regroupement...), les professionnels de santé, etc. Ces dernières années ont par ailleurs vu se développer des thématiques comme la dépendance et le vieillissement, les médicaments, les relations entre la santé et le travail, le renoncement aux soins, les soins primaires, la santé mentale... en écho aux préoccupations actuelles de la société.

Ce numéro spécial, hors-série, propose ainsi les résumés en français et en anglais des dix derniers numéros parus de *Questions d'économie de la santé* ainsi que deux index : l'un chronologique et l'autre thématique sur l'intégralité de la collection.

[www.irdes.fr/recherche/2014/questions-d-economie-de-la-sante.html#nHS](http://www.irdes.fr/recherche/2014/questions-d-economie-de-la-sante.html#nHS)