

Médecins étrangers aux Etats-Unis : Etape Nécessaire vers l'équité à l'accès géographique aux soins médicaux ?

¹ Pr. Stephen S. Mick, ² Pr. S.-Y. Daniel Lee

¹ Ecole de la Santé Publique, Université de Michigan, Ann Arbor, Michigan 48109, USA

² Ecole de la Santé Publique, Université d'Illinois à Chicago, Chicago, Illinois, USA

1. Problématique

En 1997, les médecins étrangers qui exerçaient aux États-Unis se montaient à 126.458, soit 23% de tous praticiens.¹ Voici donc l'un des faits les plus étonnants du système de santé des États-Unis. L'histoire de l'arrivée étendue des médecins étrangers a commencé dans les années après-guerre avec le projet de loi dit le « Fulbright-Hayes Act » de 1948. Ce projet a amorcé un programme d'enseignement supérieur afin d'améliorer la qualité et le nombre des cadres professionnels des pays bouleversés par la deuxième guerre.² Il n'en est pas moins vrai que cette politique montait une attaque idéologique contre la politique des anciens pays communistes, qui eux-mêmes accueillaient des étudiants étrangers pour des stages d'études prolongés.

Les études médicales achevées dans leur pays d'origine, les jeunes médecins avaient le droit de venir aux États-Unis sous un régime d'immigration temporaire. Muni d'un visa spécial, les praticiens pourraient rester jusqu'à la fin des études avancées, normalement sous le titre d'internat. Ensuite, ils étaient censé quitter les États-Unis. La loi l'exigeait, et la profession médicale américaine s'y attendait.

Toutefois, parce qu'il y avait une insuffisance de médecins, et surtout un manque d'internes dans les hôpitaux, beaucoup de postes étaient disponibles pour les médecins étrangers.³ Après l'internat, les médecins étrangers n'avaient guère de difficultés à trouver un poste quasi-permanent. En plus, il y avait plusieurs moyens d'éviter le problème du départ obligatoire des États-Unis. À cette époque, les écoles de médecine américaines ne permettaient aucune augmentation d'étudiants, donc au fur et à mesure que le manque de médecins s'exacerbait, le nombre de médecins étrangers s'installant aux États-Unis s'accroissait. Malgré des propositions visant à mettre fin et à l'arrivée et à l'immigration permanente de ces médecins, le nombre de praticiens étrangers ne cessait et ne cesse d'accroître.

Depuis le temps que l'on a constaté que la majorité d'une cohorte donnée ne quittait pas le pays, on s'interroge sur la question du rôle des médecins étrangers dans le système de santé.⁴ Certains observateurs croient que ces médecins sont indispensables afin d'assurer les soins médicaux dans les régions en grand besoin ou démunies de ressources.⁵ D'autres pensent que ces médecins ne font qu'exacerber le « surplus » de praticiens dans les grands centres urbains.⁶ Ces deux

¹ Mick, S.S., Lee, S.-Y.D. « The Distribution of Post-Resident Primary Care IMGs and U.S. Medical Graduates According to Geographic-Based Measures of Need », Federation Bulletin: The Journal of Medical Licensure and Discipline, 84(4):215-229, 1997.

² Mick, S.S. « The Foreign Medical Graduate », Scientific American, 232(2):14-21, February 1975.

³ Mejia A, Pizurki H, Royston R. Physician and Nurse Migration: Analysis and Policy Implications. Geneva: World Health Organization, 1979.

⁴ Stevens, Rosemary, Vermeulen, Joan. Foreign Trained Physicians and American Medicine. Washington, D.C.: Department of Health, Education, and Welfare, Publication No. (NIH) 73-324, 1972.

⁵ Dublin, T.D. « The Migration of Physicians to the United States », New England Journal of Medicine 286:870, 1972 ; Mick, S.S., Worobey, J.L. « Foreign and U.S. Medical Graduates in Practice: A Follow-Up », Medical Care, 22(11):1014-1025, 1984.

⁶ Mullan F, Politzer RM, Davis CH. « Medical Migration and the Physician Workforce: International Medical Graduates and American Medicine », Journal of the American Medical Association 273:1521-1527, 1995 ; Whitcomb, Michael E., Miller, Rebecca S. « Participation of International Medical Graduates in Graduate Medical Education and Hospital Care for the Poor », Journal of the American Medical Association 274:696-699, 1995.

hypothèses ne sont pas mutuellement exclusives, et l'objectif de notre recherche est d'examiner ce problème. Nous abordons la première hypothèse que dans certaines régions classées « en besoin », les médecins étrangers s'y installent plus souvent que les médecins américains. Ensuite, nous tâcherons de répondre à la seconde.

2. Méthode

Les données proviennent de deux sources :

- ① une base de données sur les praticiens de l'Ordre américain de médecins, et puis
- ② des données socio-économiques pour les plus de 3.000 comtés aux États-Unis. (Un comté moyen est à peu près la moitié de la taille d'un département français moyen.)

Les comtés de chaque état fédéré étaient évalués selon quatre critères de besoin : le taux de mortalité infantile, le pourcentage de personnes défavorisées, le pourcentage de minorités, et la classification comme espace rurale. Toutes ces variables correspondent avec le niveau de santé.⁷ Nous précisons que le pourcentage de personnes défavorisées était un indice calculé selon quatre autres variables : le taux de chômage, le revenu par capita, le pourcentage de la population au-dessous de la seuil de pauvreté, et le nombre d'années de scolarité.

Tous les comtés ont été divisés en quartiles selon chacun des quatre critères de besoin. Ensuite, nous avons mis les comtés en deux catégories : ceux qui se situent dans les trois premiers quartiles, et ceux qui se trouvent au quatrième quartile. Nous avons considérés que les comtés du quatrième quartile avaient des besoins élevés.

Prenons l'exemple de l'état fédéré d'Arkansas qui se situe dans le sud du pays et dont les comtés sont partagés dans deux catégories de taux de mortalité infantile : taux non élevé et taux élevé. On calcule le nombre de médecins américains dans les comtés de ces deux catégories ainsi que les proportions (49,7% dans les comtés d'un taux non élevé ; 50,3% dans les comtés d'un taux élevé). On fait la même chose pour les médecins étrangers (42,1% dans les comtés d'un taux non élevé, 57,9% dans les comtés d'un taux élevé). Ensuite, on soustrait le pourcentage étranger de celui des médecins américains (50,3% - 57,9%). La différence de pourcentages est négative (-7,6%), donc cela veut dire qu'un nombre disproportionné des médecins étrangers se sont situés dans les comtés avec un taux de mortalité infantile élevée. Si la différence avait été positive, cela aurait voulu dire le contraire. Cette différence de proportions est évaluée selon la statistique Z au niveau de signification, $\alpha = 5\%$.

On répète ces calculs pour chacun des états fédérés qui ont des comtés dépassant la limite du troisième quartile de mortalité infantile. C'est-à-dire, les états sans comtés au quatrième quartile sont exclus de l'analyse. Selon la variable d'intérêt, le nombre d'états fédérés exclus varie entre 6 et 15. Après l'analyse de la mortalité infantile, les comtés sont évalués selon la prochaine mesure de besoin, jusqu'à ce que toutes les analyses soient faites.

Puisque le taux de médecins par population est un indicateur universel d'accès aux soins, nous l'avons ajouté aux analyses. C'est-à-dire, tous les états fédérés sont partagés en quatre catégories selon le taux de médecins par population. Les catégories se sont classées du niveau faible jusqu'au niveau fort. Ainsi, on pouvait voir si l'emplacement disproportionné des médecins étrangers aux comtés de besoin élevé se trouvait en même temps dans les états fédérés avec un taux faible de médecins. Si vous voulez, c'est encore un autre essai de la première hypothèse de l'étude.

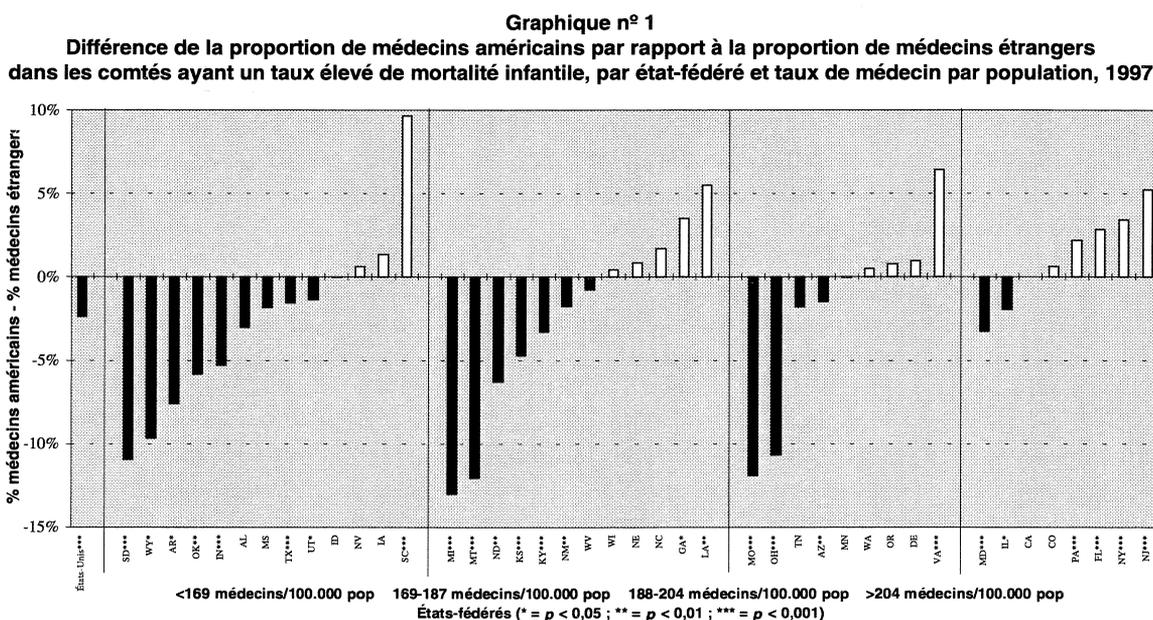
⁷ Krieger, N., Williams, D.R., Moss, N.E. "Measuring Social Class in US Public Health Research : Concepts, Methodologies, and Guidelines," Annual Review of Public Health 18:341-378, 1997.

3. Résultats

▪ Mortalité infantile

Le **graphique n° 1** présente les résultats pour la mortalité infantile. Regardez d'abord les colonnes noirs : une disproportion significative des médecins étrangers est observée dans 18 états fédérés parmi ceux ayant des comtés avec un taux élevé de mortalité infantile. Une disproportion significative des médecins américains est observée dans 8 états seulement, les colonnes blancs. En générale, les disproportions des médecins étrangers sont plus grandes que celles des médecins américains.

Ces écarts rouges sont observés dans toutes catégories de taux de médecins par population, sauf la catégorie où se trouvent les états fédérés les mieux munis de médecins.



▪ Personnes défavorisées

Pour créer le **graphique n° 2**, nous avons utilisé l'indice de personnes défavorisées déjà décrit. Le graphique démontre que presque tous les états fédérés ont une présence disproportionnée de médecins étrangers : on ne voit que des colonnes noirs dans ce graphique. Vingt des états fédérés ont des écarts significatifs en faveur des médecins étrangers, tandis que seulement un état (le Maryland) démontre un écart significatif favorisant les médecins américains, et l'écart est minime.

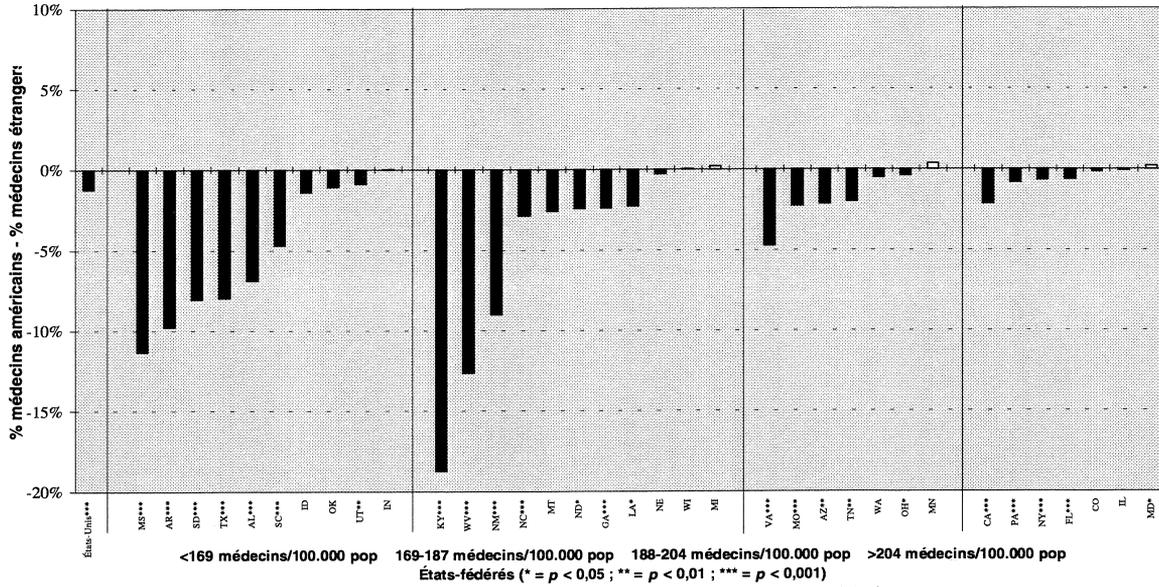
Les différences disproportionnées se montrent plus large pour les états fédérés avec un taux petit de médecins par population même si toutes catégories ont des colonnes rouges.

▪ Minorités

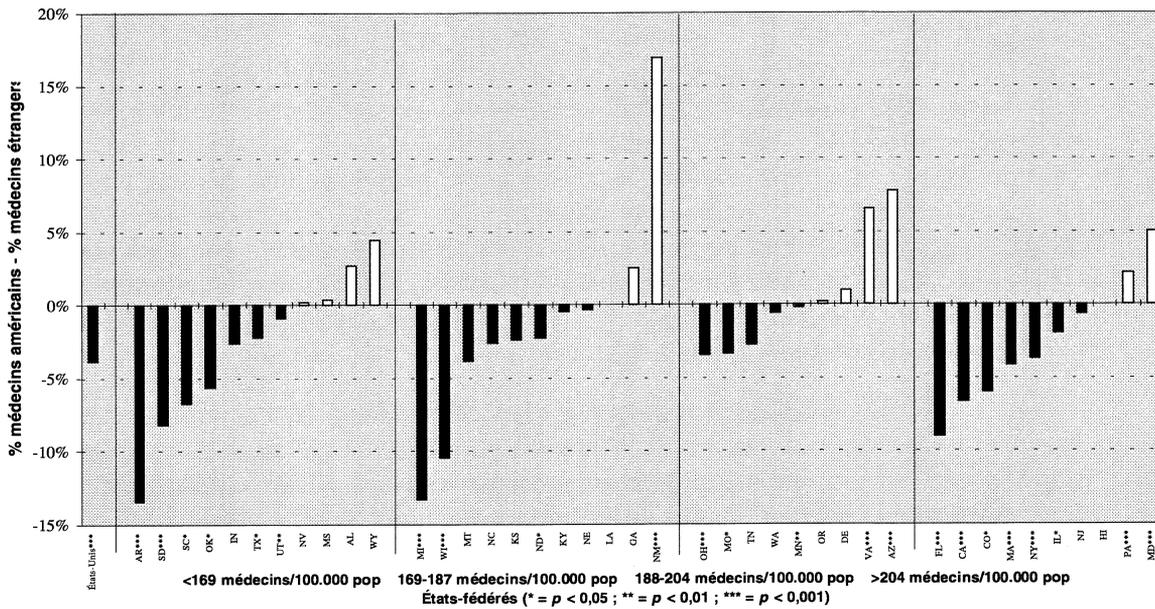
Employant le critère du pourcentage de la population dite « minorités », le **graphique n° 3** démontre que 18 des états fédérés ont un emplacement disproportionné significatif de médecins étrangers. Par contre, pour cinq états, la disproportion est du côté des médecins américains. Sauf pour l'état de la Nouvelle Mexique, les écarts noirs significatifs sont tous quasiment plus large que les écarts blancs.

Finalement, les écarts noirs sont répartis dans toutes catégories du taux de médecins par population.

Graphique n° 2
Différence de la proportion de médecins américains par rapport à la proportion de médecins étrangers dans les comtés ayant une proportion élevée de personnes défavorisées, par état-fédéré et taux de médecin par population, 1997



Graphique n° 3
Différence de la proportion de médecins américains par rapport à la proportion de médecins étrangers dans les comtés ayant une proportion élevée de minorités, par état-fédéré et taux de médecin par population, 1997

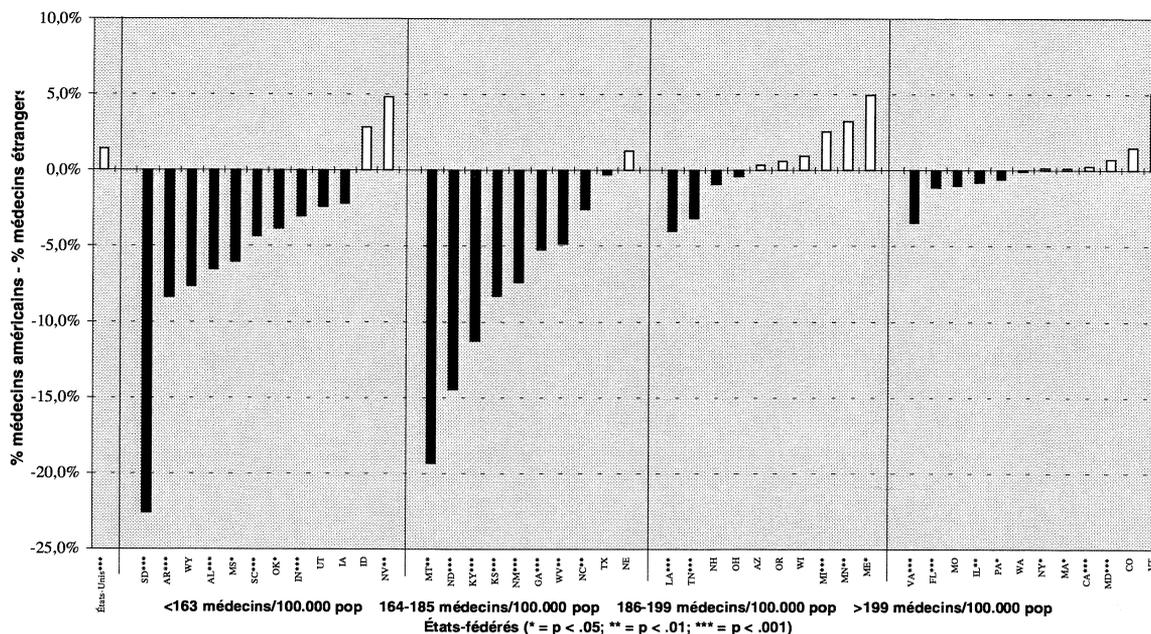


▪ **Comités ruraux**

Le **graphique n° 4** démontre qu'il y a 21 états fédérés dont les comtés ruraux avaient un nombre disproportionné significatif de médecins étrangers. De l'autre coté, on compte huit états dans lesquels les médecins américains avaient un emplacement disproportionné. Les écarts noirs sont souvent très grands tandis que les écarts blancs sont plutôt petits.

Cette fois-ci, les écarts noirs sont concentrés dans les états moins dotés de médecins par population. Ce sont des comtés ruraux des états fédérés déjà moins munis de médecins qui ont, de plus, ce que l'on pourrait appeler une « dépendance » élevée des médecins étrangers.

Graphique n° 4
Différence de la proportion de médecins américains par rapport à la proportion de médecins étrangers pratiquant dans les comtés ruraux (<50 000 habitants), par état-fédéré et taux de médecin par population, 1997



Conclusions

Est-ce que l'analyse étaié l'hypothèse que les médecins étrangers s'établissent plus souvent dans les régions de besoins élevés ? Nous croyons que la réponse est « oui ». Tout d'abord, quel que soit le critère de besoin - mortalité infantile, pourcentage de personnes défavorisées, pourcentage de minorités, emplacement rural - un nombre disproportionné de médecins étrangers se trouvent dans les comtés là où les besoins sont plus élevés. C'est particulièrement le cas dans les comtés avec un niveau élevé de personnes défavorisées. Toutefois, il existe des états fédérés où les médecins américains ont une présence disproportionnée dans les comtés de besoins élevés, mais ils sont toujours peu nombreux par rapport aux autres.

Deuxièmement, on observe une tendance de la présence disproportionnée des médecins étrangers plus souvent parmi les états fédérés moins privilégiés de médecins par population. Cela se voit surtout quand il s'agissait des variables de personnes défavorisées et de l'emplacement rural. Il n'est pas le cas pour la variable de pourcentage de minorités. La mortalité infantile est au milieu de ces deux pôles. Donc, l'hypothèse de l'étude est plus ou moins soutenue une deuxième fois.

Il y a quand même l'exception de la variable du pourcentage de minorités où il existe des disproportions de médecins étrangers parmi toutes catégories de médecins par population. Cette observation est importante parce qu'il pourrait indiquer que malgré l'abondance de médecins en générale les minorités sont plus que probablement desservie relativement plus souvent par les médecins étrangers.

Troisièmement, ces disproportions que je vous ai décrit existent en même temps que les médecins étrangers s'installent *grosso modo* plus souvent dans les grands centres urbains. Par exemple,

66,7% des médecins étrangers habitent aux comtés des centres urbains avec au moins 1 million d'habitants. Le chiffre pour les médecins américains est de 55,1%⁸.

Néanmoins, parmi tous les médecins qui se trouvent soit aux centres urbains, soit aux villes moyennes, soit en milieu rural, les médecins étrangers s'installent relativement plus souvent dans les territoires de besoin élevé de ces régions. Donc, les deux camps ont raison : les médecins étrangers se trouvent dans les centres urbains où il y avait déjà un taux de médecins par population peut-être trop élevé, mais il est aussi vrai qu'ils se concentrent dans les régions de besoin élevé.

Ainsi, les projets de loi qui cherchent à limiter l'arrivée des médecins étrangers, proposée récemment par le gouvernement américain, l'Ordre américain de médecins, et d'autres groupes,⁹ pourront compromettre les efforts vers l'équité à l'accès aux soins médicaux¹⁰. Le débat aux États-Unis autour des médecins étrangers est devenu une polémique qui commence à masquer les carences en distribution géographique des soins médicaux. Avant que le nombre de médecins étrangers ne soit diminué, il faut résoudre ce problème plus fondamental.

⁸ Calculés par les auteurs selon les données disponibles de l'Ordre américain de médecines. Ces chiffres correspondent grosso modo aux ceux notés par Mullan F, Politzer RM, Davis CH. op. cit., 1995.

⁹ Council on Graduate Medical Education. Eighth Report Patient Care Physician Supply and Requirements: Testing COGME Recommendations. Washington, D.C.: DHHS, (HRSA-P-DM 95-3), 1996 ; Association of American Medical Colleges. Consensus Statement on Physician Workforce. Internet Address: <http://www.aamc.org>, 3 mars 1997 ; Institute of Medicine. The Nation's Physician Workforce: Options for Balancing Supply and Requirements. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996.

¹⁰ Mick, S.S., Lee, S.-Y. D. « The Safety Net Role of International Medical Graduates », *Health Affairs*, 16(4):141-150, 1997.