

Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice

The Romanian doctors' migrations to France: between demographical crisis and hope of better practice conditions

Raymonde Séchet

Université Européenne de Bretagne, F-35000 Rennes, France ;
Université Rennes 2, CNRS, ESO, UMR 6590, F-35000 Rennes, France.

Despina Vasilcu

Département de géographie,
Université «Stefan cel Mare» de Suceava, Roumanie – Strada Universitatii, nr.
13, code 720 229

Résumé :

Les professionnels de santé roumains sont nombreux à partir exercer à l'étranger. En France, leur présence contribue à atténuer les problèmes de démographie médicale. Par contre, cet exode aggrave les difficultés du système sanitaire roumain. Ces migrations s'inscrivent dans un marché mondial des personnels médicaux en cours de constitution défavorable à la Roumanie comme à beaucoup de pays en développement ou en transition. Les incitations de l'OMS pour une éthique des politiques migratoires ne sont pas suffisantes pour réguler les flux.

Summary:

Many Romanians doctors leave their country to work abroad. In France, Romanian doctors contribute to alleviate the problems of medical demography, ie the lack of doctors in many remote rural areas, and also in hospitals and in some medical specialties. On the other hand, these migrations increase difficulties for the provision of medical services in Romania. These migrations take place in the current development of a global market for medical personnel which has negative consequences in many developing countries. The WHO recommendations in migratory policies are limited to the scale of ethics and are not enough to enable a regulation of these migration flows.

Mots clés : migration internationale des élites, démographie médicale, médecins, Roumanie, Union européenne, France

Keywords : international elite migration, medical demography, physicians, Romania, European Union, France

Les mobilités internationales actuelles de médecins s'inscrivent dans le contexte d'émergence d'un marché mondial des compétences médicales et de déficit de personnel médical dans les pays d'Europe occidentale qui, lui-même, est plus complexe que celui des années 1980. A cette époque, de nombreux médecins ont, à l'image des scientifiques originaires tant d'Europe occidentale que du reste du monde, été attirés par les conditions de rémunération offertes aux Etats-Unis. Et les départs étaient d'autant plus aisés que les Etats-Unis avaient mis en place des politiques structurées et cohérentes visant à favoriser l'immigration de personnels de haut niveau. En fait, la course au personnel médical a été ouverte par l'Australie et le Canada dans les années 1980, puis par les Etats-Unis dans les années 1990. Les pays européens sont à leur tour entrés sur le marché mondial des compétences quand ils ont été confrontés au manque de professionnels de la santé, manque reconnu en France à la fin des années 1990 sous l'expression « crise de la démographie médicale ».

Dans le cadre de l'émergence d'un marché du travail européen découlant de la mise en place d'une politique migratoire communautaire harmonisée (Weber, 2009) et dans lequel l'immigration est supposée jouer un rôle décisif¹, la plupart des pays de l'Union européenne ont pris des mesures visant à faciliter la venue de travailleurs qualifiés et très qualifiés, tout en cherchant à empêcher l'immigration de travailleurs peu qualifiés. Après avoir sévèrement critiqués les Etats-Unis, les pays d'Europe occidentale ont à leur tour, et de manière convergente, adopté des mesures d'immigration sélective (Weber, 2007). Au sein de l'Europe, les déplacements de personnels médicaux vers l'Europe occidentale se sont dès lors intensifiés, au point qu'après 2004 et 2007 les pays concernés ont, à leur tour, été accusés de piller les compétences en provenance des nouveaux Etats membres de l'Union européenne.

Les premières initiatives pour favoriser l'immigration de personnes représentant un capital humain élevé sont celles qui ont été prévues dans le cadre des politiques d'immigration menées par l'Allemagne en 2000 pour le recrutement à l'étranger d'environ 20 000 informaticiens, par l'Autriche en 2003, par le Royaume-Uni qui a lancé en 2002 le « Highly Skilled Migrant Program » (M. Tandonnet, 2003 ; J. Salt, 2005). En France, même si cela n'a pas été explicitement reconnu, les dispositifs en faveur de l'immigration choisie², symbolisés par la carte «Compétences et Talents », ont eu pour objectif de favoriser l'immigration d'élites, dont celle des médecins.

Au 1^{er} janvier 2009, près de 10 000 médecins étrangers exerçaient en France, parmi lesquels les médecins roumains arrivaient au deuxième rang (CNOM, 2009). Pourquoi les médecins roumains sont-ils si nombreux à venir en France, à quels besoins répondent-ils et quelles sont les effets de leur départ pour la Roumanie ? L'évolution des problématiques vers des approches à la fois

¹ Cf. le Livre vert, du 11 janvier 2005, sur une approche communautaire de la gestion des migrations économiques.

² Proposé par le ministre de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire, Nicolas Sarkozy, le projet de loi sur l'immigration dite « choisie » a été approuvé par l'Assemblée nationale le 18 mai 2006.

globales et individuelles des migrations ne rendent pas caduques les questionnements classiques sous l'angle des flux. Pour des migrations de travail aussi spécifiques que celle des médecins roumains, l'analyse des facteurs d'attraction et de répulsion reste pertinente, à condition de la compléter par des éléments tenant aux parcours de vie et à leur combinaison avec les parcours professionnels. Après une synthèse des facteurs qui ont favorisé l'immigration de médecins roumains (1^{ère} partie), on s'intéressera plus particulièrement aux caractéristiques des personnels médicaux roumains installés en France (2^{ème} partie) avant de poser la question des conséquences de ces migrations pour la Roumanie (3^{ème} partie). Pour cela, on s'appuiera sur les résultats d'une enquête menée au printemps 2010 auprès de médecins roumains exerçant dans l'Ouest de la France et en Ile-de-France³, complétée par des données nationales (Ministère de la santé et Conseil national de l'ordre des médecins).

Une convergence de facteurs favorables à la migration des médecins roumains

La croissance des flux migratoires en direction des pays développés découle de la convergence de décisions individuelles qui dépendent de la rencontre entre des motivations et des aspirations personnelles et professionnelles et des facteurs d'ordre politique, économique, social, démographique. C'est ainsi que l'accroissement des migrations de médecins roumains est intervenu dans un contexte de crise de la démographie médicale française, de difficultés sociales en Roumanie et d'élargissement de l'Union européenne.

LA VOIE OUVERTE PAR L'ELARGISSEMENT DE L'UNION EUROPEENNE

L'élargissement progressif de l'Union européenne a ouvert la voie à une forte hausse des migrations internes qui a modifié le paysage migratoire européen. Tout en contribuant au durcissement des dispositifs de protection des frontières de l'espace Schengen, les pays de l'Europe de l'Ouest ont mis à profit l'extension de la zone de libre circulation pour ouvrir vers l'Est l'espace de recrutement de compétences. La Roumanie et la Bulgarie, nouveaux membres de l'Union européenne depuis 2007, se sont inscrites dans ce contexte d'intensification des migrations de travailleurs hautement qualifiés, dont celles des médecins.

La reconnaissance des qualifications professionnelles permise par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 a rendu possible la libre circulation des travailleurs entre tous les pays membres de l'Union européenne⁴. Cette reconnaissance des qualifications médicales a

³ Cette enquête à laquelle ont répondu 106 médecins roumains exerçant dans l'Ouest de la France et en Ile-de-France a été réalisée dans le cadre d'un séjour de recherche de D. Vasilcu à l'Université Rennes 2.

⁴ Tous les diplômes en médecine d'au moins six années d'études ou de 5500 heures d'enseignements théorique et pratique dans une université et un enseignement complémentaire

permis l'accès à « la voie royale des migrations » (M. Tandonnet, 2003.109) en créant, avant l'adhésion de la Roumanie, les conditions pour l'ouverture d'un marché européen des professionnels de santé. Ceux-ci ont déployé de véritables stratégies individuelles pour valoriser au mieux leurs compétences. De nombreux médecins roumains avaient anticipé l'entrée de leur pays dans l'Union européenne et la reconnaissance de leurs diplômes. Les effectifs présents en France avaient déjà fortement augmenté depuis le début des années 2000 (R. Cash et P. Ulman, 2008.9). C'est toutefois en 2007 qu'est intervenue la vague la plus forte, constituée d'ailleurs non seulement des médecins mais aussi d'autres catégories de personnes qualifiées roumaines : alors qu'en 2004 la Roumanie arrivait en huitième position des pays pour le nombre de bénéficiaires de titres de séjour professionnels, avec 496 titres, en 2007, elle devance tous les autres pays (SGCICI, 2008.46-47).

EN FRANCE, RELEVER LE DEFI DE LA DEMOGRAPHIQUE MEDICALE

En même temps que les médecins roumains devenaient les plus nombreux des médecins européens présents en France, celle-ci devenait la première destination pour les médecins roumains candidats au départ. C'est que la France était confrontée à la peur de manquer de médecins.

Cette crainte a émergé au début des années 2000, au point qu'un Observatoire national de la démographie médicale a été créé en 2003. Les projections de démographie médicale établies en 2002 ont affirmé que, sous l'effet conjugué du vieillissement des médecins et des mesures de numerus clausus qui ont limité les effectifs d'étudiants, le nombre de médecins baisserait fortement à l'horizon 2020 : alors qu'elles avaient progressé de 263 médecins pour 100 000 habitants en 1980 à 329 en 2000, les densités médicales n'auraient plus été que de 307 en 2010 et de 250 en 2020 (S. Darriné, 2002). Créé en 1971 et stable jusqu'en 1983, avec environ 8 000 places par an, le numerus clausus a ensuite été réduit⁵ pour atteindre son niveau le plus bas en 1993 (3 500 places) et rester faible ensuite (4 700 places en 2002, année de la prise de conscience réelle des risques de pénurie)⁶. Comme il faut près de 10 ans pour former un médecin, dans les années 2000, ce sont des cohortes peu nombreuses qui sont entrées en activité à un moment où les générations de baby boomers arrivaient à l'âge de la cessation d'activité. Pour les mêmes raisons de faiblesse des numerus clausus jusqu'au milieu de la décennie 2000 et d'âge des praticiens (en 2006, plus de la moitié des médecins ont plus de 50 ans), la baisse est inéluctable pour la décennie à venir (K. Attal-Toubert et M. Vanderschelden, 2009). En 2007, l'Observatoire national des emplois et des métiers de la Fonction publique hospitalière a d'ailleurs fait savoir qu'en dix ans environ 75 000 médecins de la

d'une durée minimale de deux ans pour toute formation de médecin généraliste et de cinq ans pour une spécialisation en chirurgie générale, par exemple, ont été reconnus.

⁵ La baisse a été justifiée par l'argument que la réduction de l'offre de soin réduirait la demande, ce qui aurait pour effet de réduire les dépenses de santé.

⁶ Le numerus clausus a ensuite été réévalué pour atteindre 7 400 places en 2009-2010.

génération des baby-boomers arriveraient à l'âge de la retraite et que cela représentait le double des effectifs susceptibles de les remplacer⁷.

Or, dans le même temps, la population française dans son ensemble a connu un processus de vieillissement et donc une croissance des besoins de soins. Les densités médicales nationales sont, de fait, un indicateur très grossier de l'adéquation entre offre et demande de soin puisqu'il ne tient pas compte de l'intensité variable des besoins. Cela est d'autant plus vrai que l'offre est très inégalement répartie, que les nouveaux professionnels rechignent à s'installer en libéral en milieu rural ou dans les zones urbaines défavorisées ou à exercer dans les hôpitaux de pôles urbains secondaires, que les déficits sont particulièrement marqués dans certaines spécialités, dont la psychiatrie, et que les étudiants boudent la médecine générale : en 2004, un tiers des places offertes par l'examen national classant de fin de deuxième cycle n'ont pas été affectées (S. Bessière et al, 2004).

De ce fait, le recours à des médecins étrangers est bel et bien une opportunité pour répondre à court terme aux problèmes de démographie médicale, au moins tant que le relèvement des *numerus clausus* n'aura pas porté ses fruits, et cela même si, dans les projections ministérielles, les flux internationaux de médecins sont supposés nuls (K. Attal-Toubert et M. Vanderschelden, 2009).

EN ROUMANIE, DES FACTEURS QUI INCITENT A LA MIGRATION DES MEDECINS

Un ensemble de facteurs incitent les professionnels de santé roumains à quitter leur pays pour aller exercer en France. Leur migration peut être appréhendée comme une stratégie d'adaptation à la nouvelle situation économique du pays. A la différence des migrations illégales et à l'errance d'actifs peu qualifiés confrontés à la crise des industries roumaines qui a fait suite à la chute du régime Ceausescu en 1989, la migration des médecins provient du désir de quitter un pays qui, pensent-ils, ne leur offre ni le niveau de reconnaissance espéré ni de véritables perspectives professionnelles. Partir est une forme de résistance personnelle face à l'absence d'avenir ou de possibilité de réalisation de soi (M. Tandonnet, 2003. 7 et 13).

L'ampleur prise par les migrations de médecins est à la mesure de l'effondrement de l'économie et de la dégradation du niveau de vie en Roumanie. L'équilibre économique précaire du pays influe négativement sur le système de soins. L'écart entre les dépenses de santé de la Roumanie et celles des pays à haut niveau de revenu est un indicateur des inégalités du potentiel d'accès aux soins des populations. Or en 2008 la Roumanie n'a consacré que 4,5% de son PIB aux dépenses de santé, soit la moitié du niveau moyen des dépenses des

⁷ La situation n'est pas meilleure pour les personnels infirmiers puisque que 54% des effectifs étaient supposés partir en retraite entre 1999 et 2015 (L'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, *Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations*, mars 2007).

Etats membres de l'UE (9% du PIB), la France ayant la même année consacré 11,2% de son PIB aux dépenses de santé⁸. La situation ne s'est pas améliorée puisque le gouvernement roumain a annoncé qu'en 2010 seulement 2,6% du PIB seraient consacrés à la santé et qu'au 1^{er} juillet de la même année les salaires des professionnels de santé ont été réduits de 25%.

Même si des facteurs non-économiques peuvent intervenir dans les décisions d'émigrer, celles-ci ont souvent pour base des raisons financières. Les motivations économiques ont été invoquées comme premier facteur de départ par 70% des personnes que nous avons interrogées. Ces résultats convergent avec ceux d'autres études sur les migrations de travailleurs hautement qualifiés qui révèlent le fait que la perception de l'écart de niveau de vie entre les pays en développement et les pays développés augmente avec le niveau de diplôme (A.M Gaillard et J. Gaillard, 1999 ; J-B. Mayer, 2009 ; G. Cortès et L. Faret, 2009 ; F. Docquier et H. Rapoport, 2007).

De nombreux médecins ont souligné l'importance des facteurs socioprofessionnels dans les motivations de leur départ. A la différence des autres catégories de travailleurs roumains émigrés avant 2007 et qui ont été confrontés à la difficulté de trouver un emploi, les médecins émigrés en France n'ont pas subi de fort déclassement professionnel. Non seulement ils ont pu négocier le même statut social et professionnel que leurs confrères français, mais il ont souvent bénéficié du soutien de la part des acteurs impliqués dans leur recrutement et intéressés au comblement du déficit de personnel médical en France, et donc enclins à favoriser leur adaptation et leur intégration : plus du quart des médecins enquêtés ont déclaré avoir bénéficié d'un soutien continu de la part des acteurs locaux, qu'il s'agisse de directeurs d'hôpital ou de municipalités dans le cas des médecins généralistes, et 30% ont déclaré avoir reçu une aide au moment de leur installation.

Avec un système de santé qui n'assure pas des conditions favorables de travail et de soins, les médecins roumains ont le sentiment d'être dans l'impossibilité d'exercer pleinement leurs obligations, ce qui porte atteinte au sentiment de satisfaction professionnelle et à l'estime de soi. Les représentations du système médical français supposé offrir des équipements et des matériels médicaux modernes, favorables à la sécurité de l'acte médical dans un système de santé bien financé ainsi qu'un milieu professionnel stimulant ont été d'autres facteurs incitatifs.

A ces opportunités professionnelles favorables à l'émigration des médecins s'ajoutent des facteurs personnels : qualité de vie, meilleures opportunités d'éducation et de formation pour les enfants Les médecins - des femmes dans 70 % des cas de médecins roumains exerçant en France - qui décident de quitter leur pays sont les acteurs de leur propre destin et de celui de leur famille. Des facteurs culturels et historiques jouent alors en faveur de la France : même si l'anglais gagne du terrain, le français est largement enseigné en Roumanie et garde son rôle de langue culturelle. Leur niveau de maîtrise de la langue

⁸ www.finance-banque.com/depenses-sante.html

Médecins roumains en France

française au moment de l'arrivée en France a d'ailleurs été considéré comme élevé par 44% des personnes enquêtées et moyen par 40%. Cette maîtrise du français facilite l'intégration professionnelle et sociale.

Les conditions générales de vie en Roumanie entrent également en ligne de compte parmi les facteurs ayant conduit à la décision de partir. La crise politique, la corruption, la méfiance envers les institutions de l'Etat, la détérioration des valeurs de la démocratie ont été cités comme des facteurs ayant poussé à quitter le pays.

Les médecins roumains dans le paysage médical français

C'est donc la convergence entre des facteurs liés à l'offre et à la demande de travail, qui sont ceux des analyses classiques en matière de migrations internationales de travail, et des motivations plus personnelles qui a contribué à la présence significative des médecins roumains en France.

UNE PRESENCE CROISSANTE

Le nombre de médecins roumains inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins français a fortement augmenté au cours des dernières années, passant de 158 au 1^{er} janvier 2007 à 819 au 1^{er} janvier 2008 et 1160 au 1^{er} janvier 2009, date à laquelle les médecins roumains arrivent au deuxième rang des médecins étrangers exerçant en France (12 % contre 16% pour les médecins belges). En 2008, près de 40% des nouveaux inscrits étrangers étaient des Roumains (CNOM, 2009). Ce pic d'immigration récente s'observe dans la population que nous avons enquêtée, avec 11% d'arrivées en 2007, 15% en 2008 et 19% pour 2009 et le début de l'année 2010. Cependant, ces médecins roumains arrivés récemment sont moins nombreux que ceux qui se sont installés avant 2007, année de la reconnaissance officielle des diplômes obtenus en Roumanie (45% contre 55% pour la France entière, 42% contre 58% pour la Bretagne). Beaucoup de ceux qui sont venus avant cette date l'ont fait dans le cadre d'une formation à une spécialité, suite à laquelle ils sont restés.

De fait, après le décret n° 90-97 du 25 janvier 1990 qui établissait les conditions d'accès aux formations spécialisées du troisième cycle des études médicales pour les médecins étrangers autres que les ressortissants d'Etats appartenant aux communautés européennes, les hôpitaux français ont fait appel à des praticiens étrangers. Les Roumains venus dans ce cadre ont été peu visibles face aux effectifs plus nombreux en provenance du Maghreb et du Proche-Orient.

Dans la mesure où les réseaux sociaux exercent souvent une influence déterminante sur le choix du pays d'immigration et du lieu d'exercice, on peut penser que les médecins roumains déjà présents en France ont favorisé la venue des suivants : de petits noyaux diasporiques ont soutenu l'arrivée de leurs

proches, abaissant ainsi le coût économique, social et culturel de l'installation des nouveaux venus. Près de 10% des médecins enquêtés ont déclaré que leur venue en France a été favorisée par la présence antérieure de collègues et amis. Même si les objectifs ne sont pas précisés, les autorités roumaines soutiennent aujourd'hui les actions visant à rapprocher l'ensemble des médecins roumains installés en France : une première rencontre en vue de constituer une association a été organisée à Paris le 29 mai 2010 à Paris avec l'aide de l'Ambassade de Roumanie en France.

L'arrivée des médecins roumains a également été favorisée par l'entrée sur le marché des migrations d'agences de recrutement chargées de mettre en pratique la politique active d'immigration menée par les pays occidentaux. Citons l'ARIME (Association pour la recherche et l'installation des médecins européens), Revitalis (agence française spécialisée dans le recrutement des médecins pour le milieu rural), Pluri Consultants Roumanie, P&P Conseil, Paragona (société de recrutement fondée en 2002, actuellement leader sur le marché européen et qui recrute pour la Suède, le Danemark, la Norvège, la Grande-Bretagne et la France), mais aussi des agences régionales de développement local comme l'ARDTA (Agence régionale de développement des territoires d'Auvergne), même si elle recrute davantage des personnels de soins que des médecins. Parmi les médecins enquêtés en Bretagne, 15 % sont venus en France par l'intermédiaire de l'une ou l'autre des trois premières.

Des hôpitaux ou des collectivités locales engagent des sommes non négligeables pour que ces agences trouvent le spécialiste ou le généraliste indispensable à l'équipe médicale de l'établissement ou à la survie du cabinet libéral. Pour autant, les médecins roumains ne s'installent pas forcément là où ils sont les plus attendus. En 2009, ils sont surtout nombreux dans le Nord de la France, le Nord-est (Alsace, Lorraine, nord de la Franche-Comté, nord de la Bourgogne...) et en Ile-de-France, soit autant de départements dans lesquels la part de ceux qui exercent dans des communes rurales est particulièrement réduite voire nulle. Autant dire que ces médecins n'apportent pas une réponse à la crainte des déserts médicaux, alors même qu'éviter ces déserts est la raison d'être de l'agence Revitalis. A leur décharge, il faut dire qu'en Roumanie la quasi-totalité d'entre eux vivaient en milieu urbain et que, surtout, en France, l'hôpital offre un environnement plus favorable à leur intégration : « Ils arrivent en effet dans une équipe, ce qui peut faciliter les choses, alors qu'en libéral, ils sont assez isolés »⁹. A cela peuvent s'ajouter des réactions relevant a minima de l'intolérance : un des médecins interviewés installé dans une commune rurale d'Ille-et-Vilaine a fait état de l'ostracisme de son confrère du même village. Affirmant que l'arrivante était moins diplômée que lui, il dissuadait les patients d'aller consulter chez elle. Toutefois, dans quelques départements, la part des médecins roumains exerçant dans une commune rurale peut être relativement importante. C'est le cas de l'ensemble Lozère, Cantal, Aveyron ou, pour notre espace d'enquête, des Côtes d'Armor (fig.1).

⁹ Propos du Directeur des affaires médicales du CHU d'Amiens, « La France recrute des médecins à l'étranger », *La Croix*, 9 mars 2010.

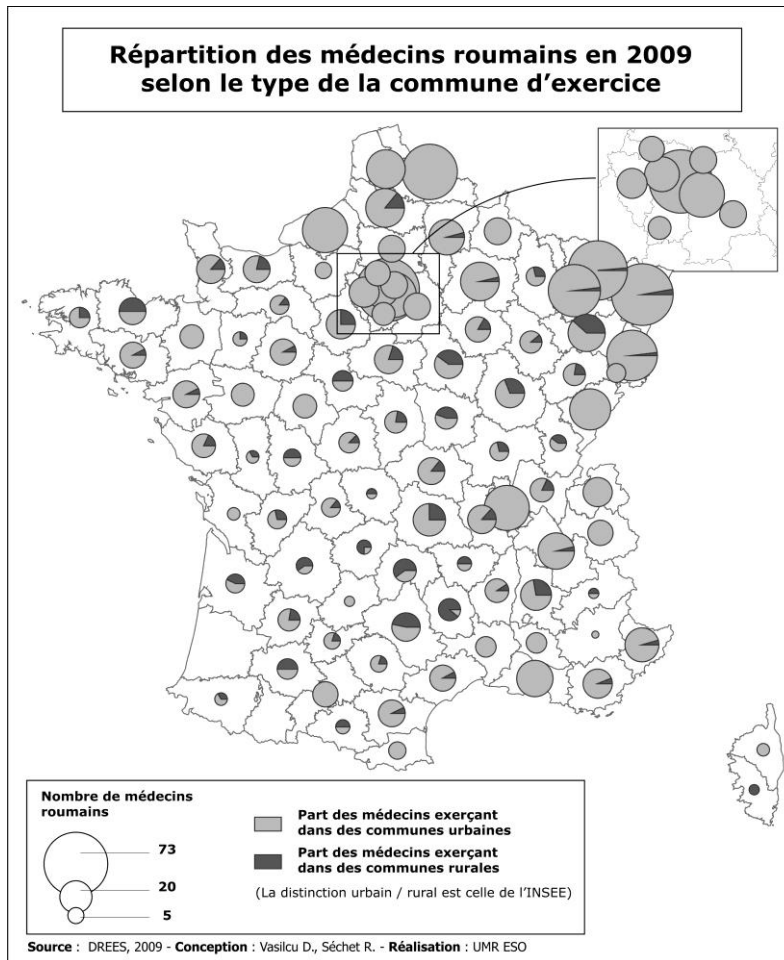


Fig. 1 : Répartition des médecins roumains en France selon le type de commune (2009)
Distribution of Romanians doctors in France by type of districts (2009)

UNE PRESENCE INEGALE SELON LES STATUTS ET LES SPECIALITES

La répartition des médecins entre milieu rural et milieu urbain est liée de manière complexe à la répartition selon les statuts et les spécialités. La très grande majorité des praticiens roumains exercent dans le secteur public (68% contre 32% dans le secteur privé) (fig. 2) Cette prépondérance de l'exercice dans la secteur public va de paire avec la prépondérance des emplois salariés, que le praticien soit généraliste ou spécialiste. L'emploi dans le secteur privé peut relever aussi bien d'hôpitaux privés ou privés de service public hospitalier (PSPH) que de cabinets libéraux, dans lesquels peuvent exercer aussi bien des généralistes que des spécialistes. Les variations dans la répartition par statut au niveau départemental sont surtout fonction de la présence de centres hospitalo-universitaires, du poids relatif des établissements privés, de la présence de médecins généralistes libéraux exerçant en milieu rural (fig. 3).

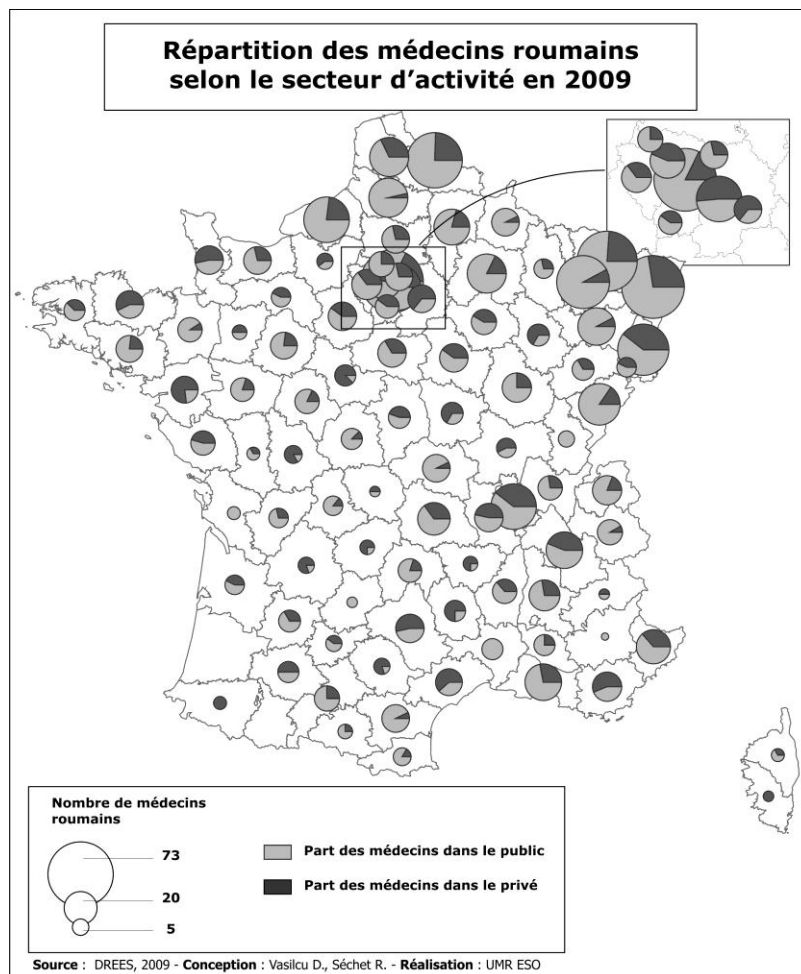


Fig. 2 : Répartition des médecins roumains selon le secteur d'activité (2009)
Distribution of Romanians doctors in France by sector of activity (2009)

Les centres hospitalo-universitaires accueillent aussi bien des praticiens chevronnés que des internes en formation. Les praticiens roumains y sont toujours en nombre significatif. C'est le cas des hôpitaux parisiens, Paris étant la porte d'entrée pour beaucoup de médecins roumains qui exercent en France¹⁰, mais aussi des CHU de Rennes, Brest, Caen, Nantes, Angers. Ils sont également nombreux dans des centres hospitaliers plus modestes de petites villes. Ils répondent alors aux difficultés de recrutement de personnels dans ces établissements, contribuant ainsi à leur survie, parfois en attente d'une fermeture de services (Carhaix, Redon, Pontivy). Les établissements spécialisés dans la psychiatrie et implantés en milieu rural au 19^{ème} siècle constituent un cas particulier. Il s'agit notamment, en Bretagne, des hôpitaux de Bégard et

¹⁰ Lors de notre visite dans cet établissement en mai 2010, une cinquantaine de praticiens roumains en poste ou, surtout, en formation exerçaient dans le Groupe Hospitalier Universitaire la Pitié – Salpêtrière.

Médecins roumains en France

Plouguernével qui comptaient au printemps 2010 respectivement 5 et 2 psychiatres roumains. La psychiatrie est, en France, une des spécialités pour lesquelles les déficits sont les plus marqués. Et si les praticiens roumains sont présents dans toutes les spécialités, ils comptent surtout pour celles qui connaissent une forte tension : anesthésie-réanimation, radiologie, services d'urgences.

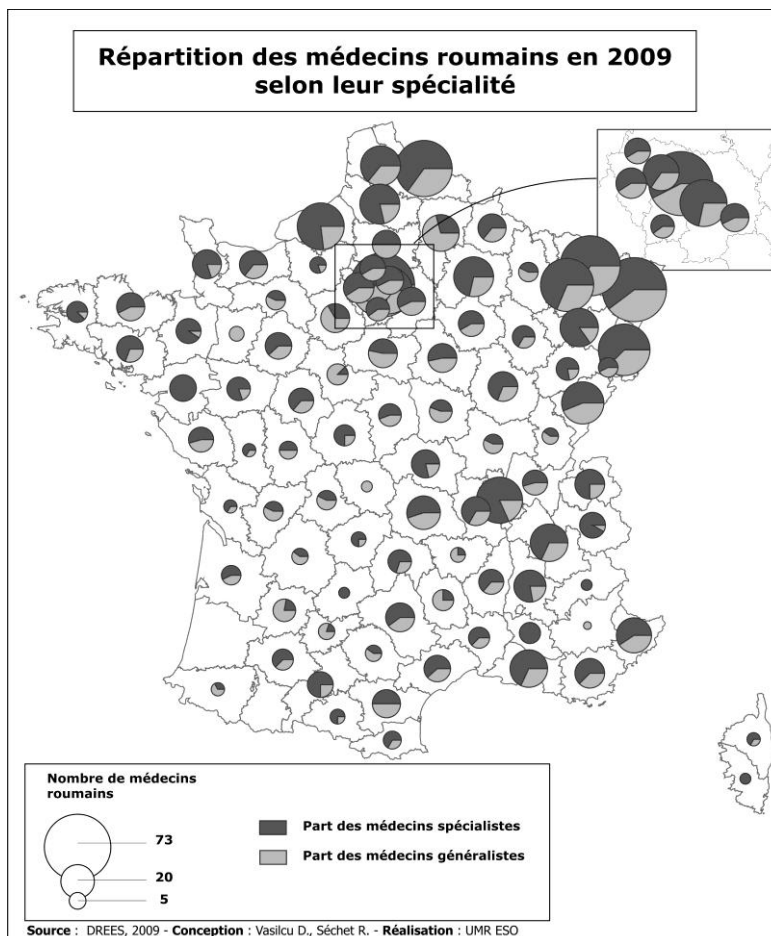


Fig. 3: Répartition des médecins roumains selon leur spécialité (2009)

Distribution of Romanian doctors in France by area of medical specialization (2009)

S'ils répondent globalement, parmi d'autres médecins étrangers aux problèmes de démographie médicale, les médecins roumains installés en France jouent un rôle essentiel aussi bien en matière d'offre de soins dans certains espaces ruraux et les hôpitaux de leurs pôles urbains que dans les centres hospitalo-universitaires pour les spécialités les plus déficitaires, dont les services d'urgences, dans lesquelles les conditions de travail sont particulièrement difficiles. Au niveau de chacun des postes occupés, le bilan est plus nuancé. En

effet, les médecins roumains immigrés changent fréquemment de lieux d'exercice professionnel, au risque de susciter l'agacement chez les recruteurs français (directeurs d'hôpitaux et surtout municipalités qui apprécient peu de voir repartir des médecins peu de temps après leur arrivée). Une fois passée la période de d'arrivée et d'adaptation, ces médecins cherchent à valoriser au mieux leurs compétences professionnelles, ce qui se traduit par une grande mobilité en France, tant métropolitaine qu'ultramarine.

L'impact des migrations de médecins pour la Roumanie

La constitution d'un espace et d'un système migratoires mettant en relation l'offre de soins de Roumanie et la demande en France participe de la progressive d'émergence d'un marché mondial des personnels médicaux dans lequel les mobilités répondent à des objectifs personnels, familiaux et professionnels. Le système de santé roumain connaît de ce fait des difficultés de même nature que beaucoup de pays en développement.

L'APPORT DES MIGRATIONS POUR LES MIGRANTS, LEUR FAMILLE ET LEUR MILIEU D'ORIGINE

Pour évaluer les apports des migrations, une distinction est à faire entre les apports microsociaux pour les migrants et leurs familles et les conséquences macro-sociales pour la Roumanie dans son ensemble.

L'apport direct des migrations dépend des pratiques de mobilités internationales après le départ de Roumanie et l'installation à l'étranger, dont la France. La médecine est une activité professionnelle qui peut difficilement s'inscrire dans la problématique des circulations migratoires. Parmi les répondants à notre enquête, 68 personnes sur 106 ont fait état d'un projet d'installation durable voire définitive en France. Ce projet d'installation professionnelle est renforcé par l'affirmation de l'intérêt de la vie hors de Roumanie pour la famille. Les facteurs personnels qui relèvent de la qualité de vie et, plus particulièrement, de meilleures opportunités d'éducation et de formation pour leurs enfants ont été évoqués en tant que facteurs décisifs de la migration par 41 des 106 médecins enquêtés, tandis que 88 d'entre eux ont invoqué des facteurs socioprofessionnels comme principale motivation du projet migratoire.

Ces constats incitent à penser les migrations internationales de médecins roumains comme des moments de ruptures positives dans la vie. Les départs hors du pays, découlant de décisions individuelles ou familiales prises par des personnes qui sont sujets de leur vie, sont le moyen de réaliser un projet de vie personnel et familial (J.-F. Guillaume, 2009.26). C'est une des raisons pour lesquelles les parcours migratoires ne sont pas linéaires. Une fois passée la période de d'arrivée et d'adaptation, les médecins roumains manifestent un faible attachement aux nouveaux lieux d'installation et sont toujours en quête de

meilleures conditions de rémunération et de travail. Les projets professionnels sont inséparables des projets personnels.

Les transferts d'argent vers les pays d'origine, qui sont unes des contributions des migrations internationales au développement des pays d'origine, sont à analyser sous l'angle de leur inscription dans ces projets personnels. Certes, des médecins, notamment ceux qui ont l'intention de rentrer tôt ou tard en Roumanie, transfèrent des sommes importantes pour les investir dans l'immobilier. La maison au pays est une résidence-base (H. Domenach et M. Picouet, 1987) qui facilite les mobilités temporaires à l'occasion de vacances et entretient la perspective d'un hypothétique retour. Cependant, dans la mesure où la majorité des médecins roumains émigrés se disent prêts à une installation durable ou définitive en France, ils ont tendance à investir leur argent dans ce pays plutôt qu'en Roumanie. Plus de 70% des enquêtés envoient des devises en Roumanie, mais seulement un quart des personnes qui réalisent ce type de transferts le font mensuellement. Ces envois mensuels concernent spécifiquement les médecins qui sont venus seuls ou accompagnés par leur conjoint-e et dont les enfants majeurs sont restés en Roumanie pour finir leurs études. Ils sont en général le fait de personnes qui sont en France depuis assez peu de temps. Les quelques cas observés faisant exception relèvent de situations familiales spécifiques : aide aux parents à la retraite, maladie ou incapacité de travail de membres de la famille proche. Ces transferts d'argent destinés à couvrir des besoins quotidiens ne contribuent que dans une proportion réduite à l'investissement productif. Ils n'ont pas d'effet majeur sur le développement économique de la Roumanie.

Conservation ou acquisition d'un bien immobilier, envoi d'argent aux proches qui sont restés, mobilités temporaires à l'occasion de vacances (toutes les personnes rencontrées ont confirmé qu'elles rentrent en Roumanie au moins une fois par an) : les liens des médecins roumains émigrés avec leur pays d'origine prennent des formes classiques. L'enquête réalisée en 2010 auprès de médecins roumains installés en France laisse penser que l'impact économique de ces migrations d'élite est limité. Quant à l'impact sur le système de soins roumain, il apparaît comme étant clairement négatif. Dans la mesure où les médecins représentent une catégorie socioprofessionnelle d'importance maximale pour la santé d'un peuple, la perte de capital humain et professionnel qui découle d'une émigration massive ne peut pas être compensée.

Les mobilités de médecins ont aujourd'hui des effets très sensibles sur l'offre de soins en Roumanie. Le phénomène migratoire qui atteint déjà une ampleur inquiétante pourrait encore s'amplifier si les mesures d'austérité annoncées pour les années à venir se concrétisent¹¹. Le système sanitaire roumain pourrait alors connaître un collapsus lui-même générateur d'une recrudescence des départs (D. Vasilcu et R. Séchet, à paraître). Au cours de l'été 2010, le Collège des Médecins de Roumanie a annoncé que 50% des médecins roumains pourraient

¹¹ Lors du Forum économique de Davos qui a eu lieu entre le 27 et 31 janvier 2010, l'ancien économiste en chef du FMI, Kenneth Rogoff estimait que plusieurs pays, dont la Roumanie, pourraient entrer en cessation de paiement, malgré les prêts fournis par l'institution financière internationale (Radio Romania Internationale, 02/03/2010).

quitter le pays dans les cinq ans à venir¹². S'appuyant sur les résultats d'un sondage réalisé auprès du personnel du système sanitaire roumain¹³, une autre source a même affirmé que 70% des salariés du système de santé roumain envisageaient d'émigrer.

Dans cette même étude, les deux-tiers des répondants faisaient état d'une diminution de la qualité des services sanitaires. Le système hospitalier public roumain est confronté à la dégradation des équipements médicaux et au manque de produits sanitaires de base (médicaments, bandages, désinfectants). Comment, avec tant de départs et dans de telles conditions matérielles, offrir des prestations médicales de qualité et un égal accès aux soins pour tous, en ville comme en campagne ? En partie par le recours à l'immigration : la Roumanie est à son tour devenue un pays d'immigration pour des médecins prêts à accepter les conditions d'exercice offertes par ce pays. La loi roumaine du 95/2006 accorde l'exercice de la profession médicale aux médecins originaires de l'Union européenne, de Norvège et de Suisse ainsi qu'aux citoyens extra européens dont le (la) conjoint(e) ou les parents sont des Roumains et ceux qui ont terminé leurs études médicales en Roumanie et ont la citoyenneté roumaine. Dans le cadre de cette loi, un nombre croissant de professionnels de santé originaires de Moldavie et des pays arabes exercent actuellement en Roumanie, ce pays pouvant n'être qu'une étape pour ceux qui envisagent un parcours migratoire complexe ayant comme cible les pays riches de l'Union européenne.

Quoi qu'il en soit de ces nouvelles mobilités, et bien qu'elle appartienne à l'Union européenne, la Roumanie risque de ne pas pouvoir atteindre les objectifs sanitaires fixés par les Nations Unies pour l'année 2015¹⁴ (A. Drexler, 2008). L'analyse de quelques indicateurs démographiques révèle des différences considérables entre la Roumanie et les autres pays de l'UE. C'est le cas de l'espérance de vie à la naissance qui, en 2008, était en moyenne de 73,4 ans contre 80,6 ans pour l'Europe des Quinze. La mortalité infantile représente un autre indicateur démographique significatif pour lequel la Roumanie occupait, en 2008, le dernier rang parmi tous les pays de l'UE (10,97‰ contre 3,76‰ en moyenne pour l'UE à 15 et 4,35‰ pour l'UE à 27). Quoiqu'en baisse continue pendant la dernière décennie (18,63‰ en 2000, 16,84‰ en 2004 et 11,99‰ en 2007), la mortalité infantile se maintient à un niveau élevé, ce qui est le reflet d'un cumul de facteurs défavorables : situation économique du pays, faiblesse du niveau de vie de beaucoup de ménages, mauvaises conditions de logement, et sans doute insuffisante capacité du système de santé et des services sanitaires roumains à protéger la vie dès ses débuts.

L'INSCRIPTION DE LA ROUMANIE DANS LE MARCHÉ MONDIAL DES PERSONNELS MÉDICAUX

¹² Le journal « Gandul » du 4 août 2010.

¹³ D'après l'étude réalisée par la fédération « Solidaritatea Sanitara » de Roumanie pendant deux années dans la Région Sud-Est sur le thème « La qualité de la vie professionnelle et la tendance de migration du personnel du système sanitaire ».

¹⁴ Parmi les objectifs millénaires pour le développement, il faut retenir la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le sida et les autres maladies

Pays de départ de personnels médicaux devenu pays d'immigration de professionnels en provenance de pays européens extérieurs à l'UE ou de pays plus lointains, la Roumanie est inscrite dans la recomposition des espaces migratoires marquée par une complexité accrue des flux et des efforts faits à différents niveaux (Etats, Union européenne, organisations internationales) pour réguler ou contrôler ces flux.

Cette complexité croissante des mobilités est à inscrire dans les débats récents sur le passage du « brain drain » au « brain gain » : il s'agirait, selon les organisations internationales, de faire en sorte que les pays de destination ne soient pas les seuls bénéficiaires des migrations. En fait, des ambiguïtés peuvent émerger dans l'usage fait de l'expression « brain gain » : elle peut aussi bien être lue sous l'angle du solde, en l'occurrence le gain pour les pays d'immigration (c'est incontestable pour les Etats-Unis en ce qui concerne les chercheurs) qu'être utilisée pour une lecture positive pour le pays de départ en cas de retours des élites parties quelques années à l'étranger. Pour que le départ des élites médicales puisse être vu dans cette perspective optimiste de gains (Gaillard, 1999, p. 33) qui permettraient au système sanitaire roumain d'être bénéficiaire grâce au transfert des connaissances, expériences et compétences médicales acquises à l'étranger, il faudrait que les pouvoirs publics roumains proposent et développent des politiques efficaces de retour et que les pays bénéficiaires, dont la France, ne ferment pas les yeux sur les conséquences de ces migrations.

Si l'argument consistant à dire que les migrations sélectives ont pour finalité d'encourager la venue de « personnes dont la présence est une chance pour ce pays, mais n'est pas vitale pour les pays d'origine »¹⁵ peut être rassurant en ce qui concerne les recrutements de travailleurs hautement qualifiés, il ne l'est pas pour les migrations de médecins et de personnels de soins qui, par leurs missions, assurent la santé des populations et protègent la vie. Compte tenu des effets potentiellement néfastes des migrations des professionnels de santé sur les pays d'origine confrontés à de graves pénuries de personnel médical, des instruments ont été mis au point par l'OMS afin d'encourager le respect des normes éthiques pour le recrutement et l'emploi de personnels de santé venus de l'étranger. Ce n'est pas un hasard si les migrations internationales de médecins ont été au centre des débats sur les conséquences des migrations internationales des médecins dans plusieurs sommets ou conférences internationaux récents. A l'occasion de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS organisée à Tallinn (Estonie) en juin 2008, l'OMS a précisé que « le recrutement international des travailleurs de la santé devrait obéir à des considérations éthiques et à la solidarité internationale, et être garanti par un code de bonnes pratiques ». L'OMS, les États membres et toute une série de partenaires internationaux ont pris l'engagement politique de renforcer les systèmes de santé et, à la fin de la Conférence, ont adopté la Charte de Tallinn intitulée « Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité » (OMS/Europe, www.euro.who.int/fr, Tallinn). De même, la 63^{ème} Assemblée mondiale de la

¹⁵ Argument présenté par Nicolas Sarkozy, alors ministre de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire.

santé qui s'est tenue en mai 2010 à Genève a finalisé un « code de pratique mondial pour le recrutement international des professionnels de santé »¹⁶. Ce code encourage des recrutements conformes à l'éthique, tout en tenant compte de l'équilibre entre le droit de l'individu souhaitant émigrer et le souci d'équité au niveau international.

Deux extraits de la charte de Tallinn suggèrent que le gain pour les pays de départ n'est qu'un mythe, et va le rester puisqu'aucune mesure contraignante n'a été adoptée :

« Si le recrutement est bien géré, les migrations internationales de personnels de santé peuvent contribuer utilement au développement et au renforcement des systèmes de santé. Il est cependant souhaitable de fixer des principes internationaux non contraignants et de coordonner les politiques nationales en matière de recrutement international des personnels de santé pour promouvoir des cadres qui permettent de renforcer équitablement les systèmes de santé partout dans le monde, d'atténuer les effets négatifs des migrations des personnels de santé sur les systèmes de santé des pays en développement et de protéger les droits des personnels de santé. »

« Les besoins et la situation propres à chaque pays devraient être pris en considération, en particulier ceux des pays en développement et des pays à économie en transition particulièrement vulnérables aux pénuries de personnels de santé et/ou dont les moyens d'appliquer les recommandations du présent Code sont limités. Les pays développés devraient, dans la mesure du possible, fournir une assistance technique et financière aux pays en développement et aux pays à économie en transition afin de renforcer les systèmes de santé, y compris sur le plan du développement des personnels de santé. »

Pour que les bénéfices de la migration des médecins soient partagés entre les médecins eux-mêmes, la Roumanie et la France, il faudrait une grande implication de la part des acteurs politiques et économiques des deux pays. Du côté roumain, pour l'heure, la fuite des médecins n'a pas donné lieu à un programme national cohérent en faveur du retour qui ferait des médecins roumains émigrés des acteurs du développement social roumain. En fait, le gouvernement roumain n'a pas anticipé les conséquences de l'entrée de la Roumanie dans l'UE et de la reconnaissance des diplômes. Dans la Roumanie démocratique d'aujourd'hui, à l'inverse de l'ère Ceausescu où l'émigration vers l'Occident était quasiment interdite, un équilibre est à trouver entre le droit à la libre circulation et la maîtrise des flux. La connaissance préalable des caractéristiques des médecins migrants par l'amélioration des sources disponibles sur les flux migratoires des médecins et l'attention portée aux motivations qui poussent les élites médicales à émigrer sont indispensables. Sans quoi les politiques susceptibles d'être adoptées sont vouées à l'inefficacité,

¹⁶ Celui-ci vise à instituer et à promouvoir des principes non contraignants pour un recrutement conforme à l'éthique Il dissuade les États de recruter des personnels de santé originaires des pays en développement qui sont confrontés à des pénuries aiguës d'agents de santé et les encourage à faciliter les « migrations circulaires des personnels de santé », en vue d'accroître le plus possible les compétences et l'échange de connaissances (www.who.int/mediacentre).

à moins d'être coercitives et, de ce fait, porter atteintes au principe de la libre circulation et installation professionnelle des personnes.

Or, à l'exception des certificats de compétence octroyés par le Ministère de la Santé, la Roumanie ne dispose pas de ressources statistiques sur le nombre de professionnels de santé qui ont émigré. Les statistiques officielles ne reflètent pas la réalité. Dans les débats sur la mobilité internationale des médecins et des professionnels de santé, en général, la maîtrise de l'information est déséquilibrée entre des pays qui, comme la France, disposent de statistiques relativement précises (via à la fois le gouvernement et l'Ordre des médecins) et la Roumanie caractérisée par des données lacunaires et peu fiables. Par exemple, ceux qui décident de partir terminer leurs études à l'étranger, et ils sont nombreux, ne sont pas enregistrés dans la base des données du ministère roumain (de même d'ailleurs qu'ils ne sont pas, en France, inscrits à l'Ordre des médecins). Cette question de la qualité des informations disponibles est inséparable du développement de la Roumanie dans lequel réside la solution à la crise actuelle du système de santé roumain.

Conclusion

La réduction des *numerus clausus* dans les facultés de médecine, et donc, avec un décalage dans le temps d'une dizaine d'années, celle des effectifs de nouveaux médecins, est à l'origine de la crise de la démographie médicale dont la France a pris conscience au début des années 2000. Bien que le recours aux migrations n'apparaisse pas explicitement dans les solutions envisagées pour maintenir l'offre de soins dans un contexte d'augmentation des besoins inhérent au vieillissement de la population, les effectifs de médecins étrangers exerçant en France ont augmenté. Le contexte européen et roumain a été favorable au départ de médecins roumains qui sont maintenant très présents dans le paysage sanitaire français. Sollicités face à la crainte de la désertification des campagnes françaises, ils répondent surtout aux besoins des hôpitaux pour certaines spécialités particulièrement déficitaires.

Pour la Roumanie, l'exode de ses médecins constitue la perte d'un élément vital pour le développement du pays, une perte plus grave que celle de toute autre catégorie professionnelle en raison de ses conséquences pour l'avenir de la population roumaine. L'émergence et le maintien des discontinuités en matière de richesse dans une Europe à plusieurs vitesses marquée par de forts clivages Est-Ouest (C. Vandermotten, 2006) risquent d'amplifier dans les années à venir le *brain drain* médical roumain. Pays pauvre à l'échelle de l'Europe, la Roumanie va payer cher la liberté de circulation, d'installation et de travail de ses citoyens. Paradoxalement, cette liberté acquise après 2007, en dépit des avantages qu'elle comporte, va dresser des obstacles économiques et sociaux qui seront difficiles à surmonter. Comment et dans combien d'années la Roumanie pourra-t-elle assurer des conditions de vie et d'exercice de la profession comparables à celles des pays occidentaux ? Seule l'amélioration du niveau de vie en

Roumanie pourrait freiner la vague de départs et, pourquoi pas, inciter les médecins émigrés à revoir leurs projets.

Références

ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., 2009. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 679

BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S., 2004. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. DREES, *Etudes et Résultats*, n° 352

CASH R., ULMAN P., 2008. *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France*, OCDE, Health Working Paper, n°36,

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM), *L'Atlas de la démographie médicale en France*, 2009

CONSTANT F., 2009, Pour une gouvernance mondiale des migrants, dans JAFFRELOT C., LESQUESNE C., *L'enjeu mondial. Les migrations*, Presses de Sciences Po – L'Express, Paris, p. 291-306.

CORTES G., FARET L., 2009, *Les circulations transnationales; Lire les turbulences migratoires contemporaines*, Armand Colin, Paris, 2009.

DARRINE S., 2002. Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice, DREES, *Etudes et résultats*, n°156

DOCQUIER F., RAPOPORT H., 2007. L'immigration qualifiée, remède miracle aux problèmes économiques européens, *Reflets et perspectives de la vie économiques*, 2007/1, Tome XLVI, p. 95-111.

DOMENACH H., PICOUET M., 1987. Le caractère de réversibilité dans l'étude de la migration, *Population*, n° 3, p. 469-484

DREXLER A., 2008. *Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*, EHESP, Mémoire de fin d'études

GAILLARD A-M., GAILLARD J., 1999. *Les enjeux des migrations scientifiques internationales. De la quête du savoir à la circulation des compétences*, L'Harmattan, Paris, 1999.

GUILLAUME J-F., 2009. Les parcours de vie, entre aspirations individuelles et contraintes structurelles, *Informations sociales*, n° 156, p. 22-30.

GUIMAH-BREMPONG K., WILSON M., 2004. Health human capital and economic growth in Sub-Saharan African and OECD countries, *The Quarterly Review of Economics and Finance*, vol. 44, n° 2, p. 296-320

Médecins roumains en France

MAYER J-B., 2009. La percolation mondiale des compétences, in JAFFRELOT C. et LESQUESNE C., *L'enjeu mondial. Les migrations*, Presses de Sciences Po, p. 245-252.

SALT J., 2005. *Evolution actuelle des migrations internationales en Europe*, Rapport pour le Conseil de l'Europe, janvier 2005.

SECRETARIAT GENERAL DU COMITE INTERMINISTERIEL DE CONTROLE DE L'IMMIGRATION [SGCICI], 2008. *Les orientations de la politique de l'immigration*, La Documentation Française, Cinquième rapport au Parlement établi en application à l'article L. 111-10 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

TANDONNET M., 2003. *Migrations. La nouvelle vague*, L'Harmattan, 232 p.

VANDERMOTTEN C., 2006. La géographie de l'Europe : un demi-siècle de mutations... et après ?, in DECROLY J.-M. et NICOLAÏ H., *Mutations des territoires dans le monde à l'aube du XXI^e siècle*, Paris, l'Harmattan, p. 13-57.

VASILCU D., SECHET R., (à paraître). Vingt ans d'expérience migratoire en Roumanie postcommunisme, *Espace, populations, sociétés*.

WEBER S., 2007. *Nouvelle Europe, nouvelles migrations. Frontières, intégration, mondialisation*, Editions du Félin

WEBER S., 2009. D'un rideau de fer à l'autre : Schengen et la discrimination dans l'accès à la mobilité migratoire, *Geocarrefour*, Vol. 84/3, p. 163-171.