Les mobilités des médecins en Europe

Raymonde Séchet, Despina Vasilcu

▶ **To cite this version:**

Raymonde Séchet, Despina Vasilcu. Les mobilités des médecins en Europe : Le cas des mobilités entre la Roumanie et la France. Genre, médecins, mobilités, Nov 2012, Sofia, Bulgarie. halshs-00759872

HAL Id: halshs-00759872
https://shs.hal.science/halshs-00759872

Submitted on 6 Dec 2012

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

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

Les mobilités des médecins en Europe.
Le cas des mobilités entre la Roumanie et la France

Raymonde Séchet, professeure de géographie
ESO – UMR CNRS 6590. Université Rennes 2, Rennes, France

Despina Vasilcu, chargée de cours,
Centre de recherche en géographie appliquée. Université Stefan cel Mare, Suceava, Roumanie

Résumé : Les mobilités internationales 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. L'harmonisation des politiques migratoires dans l'Union européenne a favorisé les déplacements de personnels médicaux vers l'Europe occidentale, dont la France où le manque de médecins a été reconnu à la fin des années 1990 sous l'expression « crise de la démographie médicale ». Au 1er janvier 2010, un peu plus de 10 000 médecins étrangers exerçaient en France, parmi lesquels les médecins roumains arrivaient au premier rang : pourquoi les médecins roumains sont-ils si nombreux à venir en France, à quels besoins répondent-ils et quels sont les effets de leur départ pour la Roumanie ? Afin de présenter quelques hypothèses de réponse, la première partie du texte est une synthèse des facteurs qui ont favorisé l'immigration de médecins roumains. Après une présentation des grandes tendances sur la place des médecins roumains dans le système de santé français (2ème partie), on analysera les impacts de ces migrations, ce qui suppose d'abord d'en comprendre les motivations (3ème partie).

Summary : Mobilities of physicians in Europe. The case of mobilities between Romania and France

International mobilities of physicians take place in the context of the rise of a world market of medical skills and the lack of medical staff in Western Europe. The harmonisation of immigration policies in the EU fostered the mobility of medical staff towards Western Europe, especially to France where the lack of physicians has been identified since the end of the nineties as the "crisis of medical demography".

As of January 2010, around 10 000 foreign physicians were practicing in France, and among them Romanian physicians came first. Why are there so many Romanian physicians in France? To which need do they react and what are the consequences of their departure for Romanian society and health care system? The first part of the text is a synthesis of the causes of the immigration of Romanian physicians? The second part of our argumentation is a presentation of the situation of Romanian physicians in the French medical system, and finally we will analyze the impact of these migrations, which requires to understand underlying motivations.

Mots-clés : mobilités internationales ; médecins ; démographie médicale ; Roumanie ; France

Keywords : international mobility ; health practicioners ; medical demography ; Romania ; France

Les mobilités internationales 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. Après l'Australie et le Canada dans les années 1980 puis les États-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. Avec l'harmonisation des politiques migratoires au niveau communautaire, 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 (Weber, 2009). Ce cadre réglementaire a favorisé les déplacements de personnels médicaux vers l'Europe occidentale, dont la France où le manque de médecins a été reconnu à la fin des années 1990 sous l'expression « crise de la démographie médicale ».

Au 1er janvier 2010, un peu plus de 10 000 médecins étrangers exerçaient en France, parmi lesquels les médecins roumains arrivaient au premier rang (CNOM, 2010). Pourquoi les médecins roumains sont-ils si nombreux à venir en France, à quels besoins répondent-ils et quels sont les effets de leur départ pour la Roumanie ? Afin de présenter quelques hypothèses de réponse, la première partie du texte est une synthèse des facteurs qui ont favorisé l'immigration de médecins roumains. Après une présentation des grandes tendances sur la place des médecins roumains dans le système de santé français (2ème partie), on analysera les impacts de ces migrations, ce qui suppose d'abord d'en comprendre les motivations (3ème partie).

Pour cela, on s'appuiera sur les résultats d'une enquête menée en 2010 et 2011 auprès de 180 médecins roumains exerçant dans l'Ouest de la France, en Ile-de-France, en Lorraine, complétée par des données nationales (Ministère de la santé et Conseil national de l'ordre des médecins). En outre, un corpus d'articles de journaux nationaux et locaux a été constitué afin de voir le regard porté sur l'installation de médecins roumains en France, notamment en milieu rural.

1. Un contexte favorable à l'accroissement des mobilités de médecins en Europe

1.1. Des mobilités à replacer dans le cadre de la mobilité croissante des élites et de la construction européenne

La mondialisation économique a entrainé de profondes modifications des mobilités internationales de travail. Aujourd'hui, ces migrations de travail concernent tous les niveaux d'emploi. Si les migrations de main-d'œuvre peu qualifiées restent les plus nombreuses, la part des migrations de personnel qualifié et très qualifié n'a cessé de croître depuis les années 1960. La concurrence internationale pour l'acquisition des compétences est devenue telle que les grandes sociétés, les États, les clubs sportifs les plus riches se disputent les meilleurs chercheurs, ingénieurs, managers ou sportifs. Cette forte demande pour des personnels hautement qualifiés favorise la mobilité des élites professionnelles, dont les médecins.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la demande de médecins est renforcée par le contexte démographique, c'est-à-dire le vieillissement de la population qui génère une augmentation de la demande de soins. Certains pays sont dépendants des médecins formés à l'étranger : ceux-ci représentent plus de 20% des médecins en Suisse, Australie, États-Unis, Royaume-Uni, Irlande, Nouvelle-Zélande (OCDE, 2010).

Dans le cas de l'Europe, les mobilités de médecins s'inscrivent dans la modification des flux de migrations de travail consécutive à l'évolution du contexte géopolitique : chute du

mur de Berlin, fin de la partition en deux blocs, élargissement de l'Union européenne ont entraîné une évolution importante des flux migratoires, avec, notamment, une augmentation importante des mobilités entre l'Est et l'Ouest. La transférabilité des titres et qualifications au sein des communautés européennes puis de l'union européenne a favorisé ces mobilités.

Les premières mesures en faveur de la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin remonte aux directives 75/362/CEE et 75/363/CEE du Conseil du 16 juin 1975 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et d'exercice. Depuis, de nombreux textes communautaires ont favorisé la libre circulation des médecins. La directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles prévoit un régime de reconnaissance automatique des titres ou diplômes sur la base d'une coordination des conditions minimales de formation pour les professions de médecin, dentiste, sage-femme, pharmacien, ainsi qu'infirmier, vétérinaire et architecte. Entrée en vigueur en 2007, cette directive permet la transférabilité de tous les diplômes en médecine obtenus après au moins six années d'études ou 5 500 heures d'enseignements théorique et pratique dans une université et un enseignement complémentaire d'une durée minimale de deux ans pour toute formation de médecin généraliste et de cinq ans pour une spécialisation en chirurgie générale. Elle a fait de l'union européenne l'une des principales zones de migrations des médecins dans le monde.

Cette mesure a permis aux médecins roumains de s'inscrire dans la dynamique d'émergence d'un marché européen des professionnels de santé, puisque la Roumanie — en même temps que la Bulgarie — est entrée dans l'union européenne le 1er janvier 2007.

1.2. Le cas particulier de la France

Qu'elle ne soit pas l'un des pays où les médecins étrangers ou à diplômes étrangers représentent une part élevée de l'offre de soins n'enlève rien à la pertinence de l'étude du cas particulier de la France. En effet, avec un taux de natalité plus élevé que dans d'autres pays de l'Europe de l'Ouest et un vieillissement de la population accéléré avec l'avancée en âge des générations de l'après guerre, elle présente un contexte démographique favorable à l'accroissement de la demande de soins. De manière concomitante, sous l'effet de la réduction des effectifs formés et le vieillissement des médecins, la démographie médicale est devenue une préoccupation. La crainte d'une pénurie de médecins a émergé au début des années 2000, au point qu'un Observatoire national de la démographie médicale a été créé en 2003.

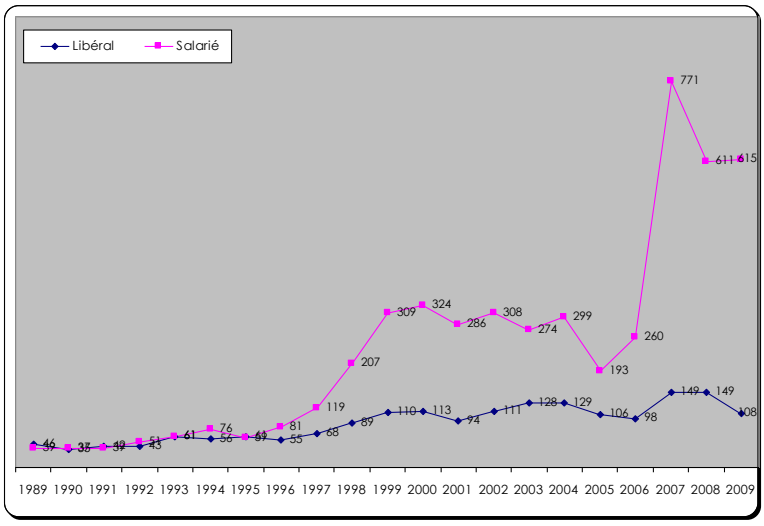
Les auteurs des projections établies en 2002 ont affirmé que, sous l'effet conjugué du vieillissement des médecins et des mesures de numerus clausus qui ont limité les effectifs d'étudiants, le nombre de médecins baisserait fortement à l'horizon 2020 : alors qu'elles avaient progressé de 263 médecins 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 réduit 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). Comme il faut près de 10 ans pour former un médecin, ce sont, dans les années 2000, des cohortes peu nombreuses qui sont entrées en activité à un moment où les médecins appartenant aux générations de *baby boomers* arrivaient à l'âge de la cessation d'activité. En 2006, plus de la moitié des médecins avaient plus de 50 ans. La poursuite de la baisse paraissait donc inéluctable pour la décennie 2010 (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 génération des *baby-boomers* arriveraient à l'âge de la retraite et que cela représentait le double des effectifs susceptibles de les remplacer.

On peut affirmer que la réduction des numerus clausus dans les facultés de médecine, qui peut être interprétée comme un désengagement de l'État dans l'offre de formation en médecine, a entraîné celle des effectifs de nouveaux médecins, avec un décalage temporel d'une dizaine d'années, et qu'elle est à l'origine de la crise de la démographie médicale (Séchet et Vasilcu, 2012). En conséquence, et 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.

Malgré leurs limites, les données du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) sont ici utilisées pour présenter l'évolution des effectifs de médecins étrangers ou à diplômes étrangers. Le CNOM qui a commencé à s'intéresser à la question au tournant des années 2000 donne au 1er janvier 2001 un effectif d'environ 8 000 médecins à diplômes étrangers. Au 1er janvier 2012, le chiffre est de 19 890 dont 18 642 actifs (7,4% de l'ensemble des inscrits). Entre temps, le CNOM a réalisé deux études, en 2007 et 2010, mais elles portent sur la nationalité et non sur le pays d'obtention du titre de docteur. Ce manque de continuité des données rendues publiques est évidemment une difficulté pour toute analyse rigoureuse.

Graphique n°4 : Effectifs des médecins inscrits par mode d'exercice entre 1989 et 2009



Source : Romestang P. CNOM, 2010

La courbe de l'évolution des nouveaux inscrits à diplômes étrangers (fig. xxxx) est intéressante, surtout si on la croise avec l'évolution des nationalités et pays d'obtention du diplôme. Au 1er janvier 2001, la moitié des médecins étrangers sont européens, les plus nombreux étant les Belges, et un tiers vient d'un pays du Maghreb, surtout l'Algérie. Le constat fait alors est que « les médecins d'Europe de l'Est ne représentent que 2% des médecins étrangers exerçant en France. Cette situation pourrait être amenée à changer en fonction de l'élargissement de l'UE » (Couffinhal, Mousquès, 2001). S'il y a peu de changement jusqu'en 2006, l'année 2007, qui est celle de la reconnaissance des diplômes et de l'élargissement de l'union européenne, est marquée par une augmentation significative des inscriptions au CNOM. Et, en 2010, pour la première fois, les médecins roumains inscrits sont plus nombreux que les médecins belges qui arrivaient jusqu'alors au premier rang. En 2012, 45% des médecins inscrits ont un diplôme obtenu dans un pays de l'union européenne, dont

un tiers en Roumanie (par comparaison, les médecins bulgares représentent 3,9% des diplômés de l'UE)[1].

2. La place des médecins roumains dans le système de santé français

2.1. Les médecins roumains en France : des effectifs croissants

Malgré les limites des données disponibles en France et en Roumanie, quelques grandes tendances peuvent être dégagées.

Avant 2007, nombre de médecins roumains venaient faire leur spécialisation au sein d'hôpitaux français (la possibilité d'exercer en France pour les étrangers titulaires de l'un des diplômes sanctionnant une formation de spécialiste a été octroyée par un arrêté du 23 mars 2000). La préparation du diplôme interuniversitaire de spécialisation [DIS] a été, pour beaucoup de jeunes médecins roumains un moyen de se faire apprécier puis d'être recruté à l'issue de la période de formation. C'est le cas de la majorité de ceux que nous avons enquêtés et qui sont arrivés en France antérieurement à 2007.

Les effectifs de médecins roumains présents en France avaient donc déjà fortement augmenté dans les années 2000. C'est toutefois en 2007 qu'est intervenue la vague la plus forte. 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 1er janvier 2007 à 819 au 1er janvier 2008 et 1160 au 1er janvier 2009 (Montané, Kahn-Bensaude, 2009). En 2008, près de 40% des nouveaux inscrits étrangers étaient des Roumains.

De fait, après le décret n° 90-97 du 25 janvier 1990 puis l'arrêté de mars 2000 établissant les conditions d'accès aux formations spécialisées du troisième cycle des études médicales pour les médecins étrangers autres que les ressortissants d'états 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 alors beaucoup plus nombreux de praticiens venus du Maghreb et du Proche-Orient. Ils ont pourtant favorisé les migrations récentes. L'enquête que nous avons réalisée en 2010 a montré que les médecins roumains déjà présents en France ont favorisé la venue des suivants. L'arrivée des médecins roumains a aussi surtout été facilitée par l'action d'agences de recrutement chargées de mettre en pratique la politique active de recrutement menée par certains établissements hospitaliers et élus locaux français.

2.2. Les médecins roumains dans le système de soins et sur le territoire français

Cette question se décline sous l'angle de la répartition entre médecine générale et spécialités, selon le cadre d'exercice professionnel, selon la localisation sur le territoire national.

Selon le secteur d'activité : la majorité des praticiens roumains exerce dans le secteur public (68% contre 32% dans le secteur privé). Cette prépondérance de l'exercice dans la secteur public va de paire avec celle des emplois salariés, que le praticien soit généraliste ou spécialiste. L'emploi dans le secteur privé peut relever aussi bien d'hôpitaux privés 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

[1] Notons que 42% des 55% des nouveaux inscrits qui ont un diplôme non européen ont un diplôme algérien.

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.

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 France[2], mais aussi, dans l'Ouest de la France, des CHU de Rennes, Brest, Caen, Nantes, Angers.

Ces praticiens 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 en Bretagne).

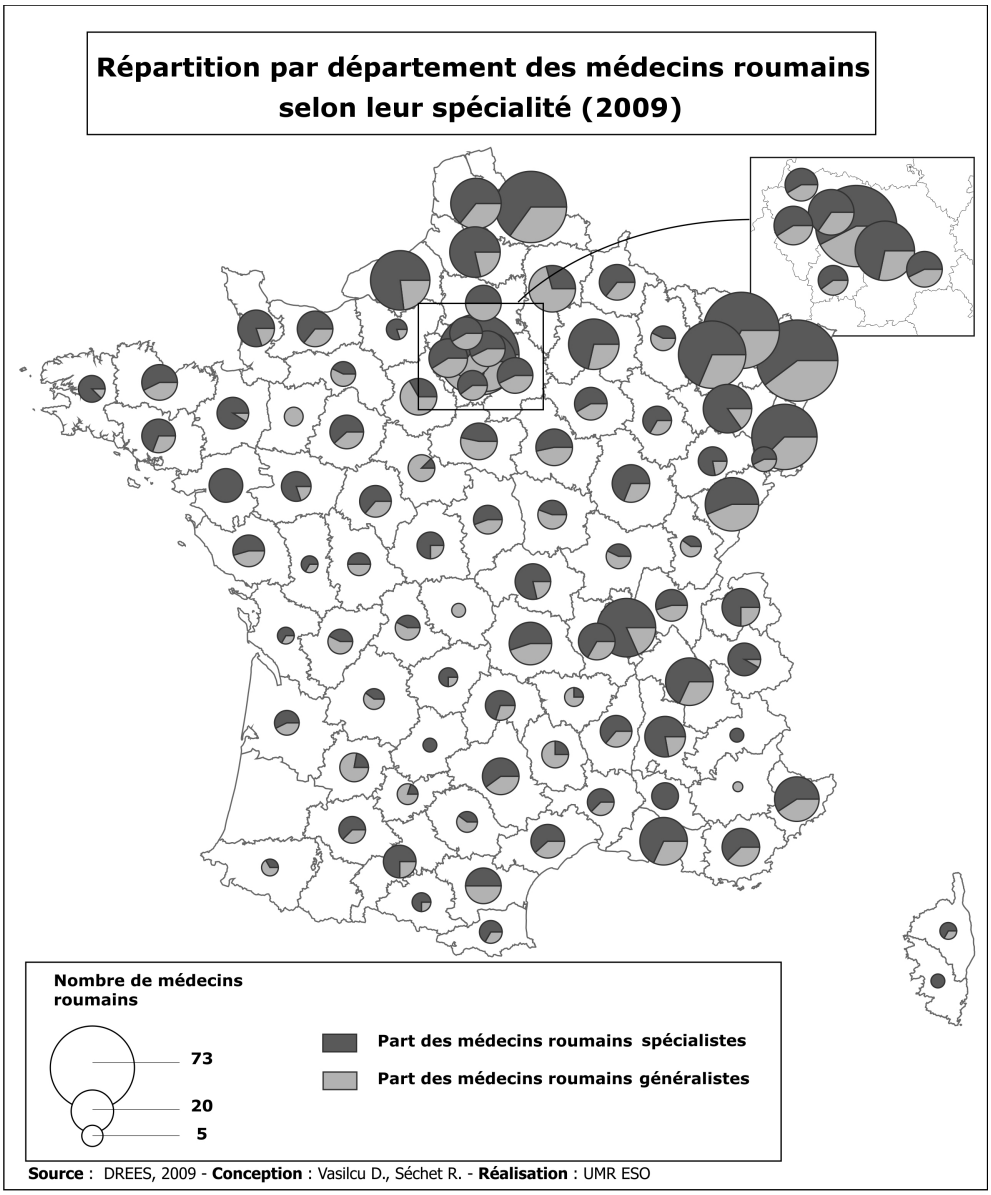
Selon les spécialités : Si les praticiens roumains sont présents dans toutes les spécialités, ils comptent surtout pour celles qui connaissent une forte tension : anesthésie-réanimation, radiologie, services d'urgences. Il faut dire que les conditions de travail dans ces services sont particulièrement difficiles.

Les établissements spécialisés dans la psychiatrie et implantés en milieu rural au 19ème siècle constituent un autre cas particulier. Ainsi, les hôpitaux de Bégard et Plouguernével dans les Côtes d'Armor comptaient respectivement 5 et 2 psychiatres roumains au printemps 2010. L'organisation spatiale de l'offre de soins en psychiatrie a connu de profondes évolutions (fermetures de services ou carrément d'établissements isolés hérités des asiles du 19ème siècle, essor de l'offre de soins ambulatoires en milieu urbain) qui réduisent l'attractivité des établissements les plus isolés.

Selon la localisation. La répartition selon les statuts et les spécialités a des liens avec la répartition sur le territoire national, dont la répartition entre milieu rural et milieu urbain (carte). En 2009, les médecins roumains étaient présents sur tout le territoire, avec des effectifs nombreux dans le Nord et le Nord-Est de la France, ainsi qu'en Ile-de-France.

Comme les plus nombreux sont salariés dans les établissements publics, ils exercent avant tout dans des communes urbaines. 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.

[2] Lors de notre visite dans cet établissement en mai 2010, une cinquantaine de praticiens roumains en poste ou, surtout, en formation exerçait à la Pitié – Salpêtrière.



2.3. Les attentes vis-à-vis des praticiens roumains

Les constats précédents permettent de formuler l'hypothèse (qu'il faudrait vérifier par des entretiens auprès d'acteurs hospitaliers et les élus locaux) que les médecins roumains sont d'abord pensés comme des migrants porteurs d'une force de travail qualifiée et compétente dans le domaine spécifique de la santé : « Migrants are primarily valued for their embodiment of human capital and instrumental to the goal of economic growth and their contribution to the knowledge society » (Kofman & Raghuram, 2006), ce qui se décline différemment selon les contextes :

- dans les centres hospitalo-universitaires et les grands centres hospitaliers, forte demande pour les médecins roumains qui ne posent pas les problèmes de reconnaissance des diplômes des praticiens à diplôme hors Union Européenne, et forte présence dans les services d'urgence et dans des domaines où il y a déficit (anesthésie par exemple), sur des contrats précaires, et ce qui va avec, mais il faudrait le vérifier, dont l'obligation des gardes les plus contraignantes ;

- dans les hôpitaux et les centres hospitaliers spécialisés implantés dans des villes petites et moyennes confrontés à de grosses difficultés de recrutement et pour lesquels le recours à des praticiens étrangers est une condition de survie du service ou de l'établissement. Ne peut-on pas ici faire un parallèle avec le recours aux mineurs marocains dans la phase de fermeture progressive des puits de charbon dans le nord de la France (Cégarra, 1995) ?

- dans les cabinets de médecine générale d'espaces ruraux où le médecin roumain tant espéré doit permettre de maintenir un cabinet médical suite à un départ, une perspective de départ en retraite ou une saturation d'activité, et ensuite être toujours disponible, à l'image du médecin de campagne d'autrefois. Les journaux locaux qui annoncent ces installations insistent d'ailleurs sur la maîtrise de la langue française par les médecins roumains et sur la proximité de leurs pratiques avec celle des médecins français. Ne les montre-t-on pas d'ailleurs avec le Vidal, bible de tout prescripteur ?

Trois extraits de journaux témoignent des attendus pour le territoire local :

- On l'attendait comme le Messie. Elle arrive enfin, ce lundi matin. Après presque un an sans médecin, la commune a enfin trouvé une nouvelle doctoresse : Iulia Sandu, venue tout droit de Roumanie. Une arrivée qui ravie le maire Alain Buot : « C'est un soulagement pour la commune. Après le départ d'Isabelle Derycke, un médecin l'avait remplacé en février mais il n'est resté que trois semaines. La situation pour les Trinitais mais aussi pour les habitants des villages alentour, qui faisaient appel au médecin de la Trinité-Porhoët, devient alors compliquée. Il fallait aller jusqu'à Josselin ou Mauron pour trouver un médecin. Et ça jouait aussi sur l'activité de la pharmacie et des autres professionnels de santé (*Ouest-France*, 1 octobre 2012).

- Le Dr Jean-Claude Corbel doit bientôt prendre sa retraite. Âgé de 65 ans, il exerce à Melrand depuis trente-six ans. Ce praticien a tenté en vain de trouver un successeur. Le conseil municipal a signé une convention avec le cabinet XP-consultant, spécialisé dans le recrutement de médecins, pour dénicher un remplaçant. L'organisme a rapidement proposé une candidate. Il s'agit d'une dame de 56 ans, qui vit dans la région de Bucarest, et maîtrise bien le français. Le nouveau médecin s'installera dans la commune à la mi-novembre (*Ouest-France*, 7 octobre 2012).

- Bogdan Coman, jeune médecin roumain vient d'arriver à la maison médicale, où il sera associé à Marie-Annick Miniscloux, médecin déjà en poste. « C'est l'aboutissement de plusieurs années de recherche, confie Hervé Dechangy, le maire de la commune. Après quatre années de recherches infructueuses, nous nous sommes tournés vers une agence spécialisée Médicis Consulte à Paris. Après un an de démarches, nous sommes heureux d'accueillir Bogdan Coman au sein de la maison médicale ». Et son arrivée ne fait pas qu'un heureux car le docteur Miniscloux commençait à saturer, seule, pour assumer la charge de travail. Bogdan Coman est un jeune médecin de 36 ans qui arrive tout droit de Roumanie (*Sud-Ouest*, 15 octobre 2012).

Or les observations qui ont été faites sur la répartition des médecins roumains entre communes urbaines et communes rurales suggèrent que ces praticiens n'apportent pas de réponse à la crainte des « déserts médicaux », alors même qu'éviter ces déserts est la raison d'être de plusieurs des agences recrutement, dont, en plus de celles citées dans ces extraits, MBM professionnel Conseil créée à Cholet en octobre 2011 par une roumaine diplômée en ressources humaines.

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. 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 »[3]. 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

[3] Propos du Directeur des affaires médicales du CHU d'Amiens, « La France recrute des médecins à l'étranger », *La Croix*, 10 mars 2010.

son confrère du même village. Affirmant que l'arrivante était moins diplômée que lui, il dissuadait les patients d'aller consulter chez elle. Il est difficile dans ce cas de constituer une clientèle. Un témoignage :

« Puis, en janvier 2008, une praticienne roumaine est arrivée. « On était ravi, elle était vraiment parfaite », se souvient Jean-Claude Lécugy, qui dit ne « s'être toujours pas remis » du départ, quatre mois plus tard, de ce médecin pour une autre commune du Loiret. « Mon sentiment est que certains médecins roumains sont habitués à travailler dans un système étatisé, de fonctionnariat. Et qu'ils ne mesurent pas toujours très bien les contraintes d'un exercice libéral où il ne faut pas compter ses heures », estime Gérard Feuillette. Un discours qui agace le docteur Olga Djamo, cette généraliste qui, en 2008, a quitté Bonny-sur-Loire pour Nogent-sur-Vernisson. …./…. « Si j'ai changé de lieu d'exercice, c'est justement parce que je n'avais pas assez de travail, soutient-elle. Alors que l'on m'avait dit que la zone était sous-médicalisée, je ne voyais que trois patients par jour en moyenne. J'en ai parlé avec des confrères roumains, qui ont vécu le même genre de choses. Une fois arrivés, les médecins locaux ne leur laissaient que très peu de patients. » Le docteur Olga Djamo se dit aujourd'hui très heureuse dans sa nouvelle commune d'accueil. « En 2009, j'ai eu une moyenne de 17 patients par jour », assure-t-elle. » Source : « La France recrute ses médecins en Roumanie », *La Croix*, 10 mars 2010 (extraits).

Dès lors le CNOM met en garde contre le recours à des agences de recrutement :

« Concernant le recrutement par des « agences spécialisées » offrant leurs services aux municipalités en recherche de médecins (plus spécifiquement les médecins roumains), le Conseil National, **une fois encore**[4], émet les plus grandes réserves sur ces pratiques et appelle à la prudence les élus, les exemples de déconvenue étant malheureusement fréquents. » (Roumestang, 2010)

3. Comprendre les motivations pour analyser les mobilités professionnelles

3.1. Motivations professionnelles et personnelles

Les médecins roumains sont attendus pour compenser le déficit de médecins, combler les manques dans certaines spécialités ou certaines localisations, et donc aller là où les médecins français sont les moins enclins à exercer. Ces attendus ne tiennent pas compte des motivations des médecins roumains, et donc des conditions de réussite de leur installation. Chaque cas de médecin roumain installé en France est un mixte entre considérations professionnelles, personnelles et familiales et chaque parcours de mobilités est une rencontre entre ce mixte et le contexte d'installation.

Les motivations liées aux conditions d'exercice. Les écarts de rémunérations et de revenus entre la Roumanie et la France, notamment dans les hôpitaux, motivent beaucoup de départs. Or les salaires des médecins roumains ont encore été réduits de 25% à l'été 2010. A cela s'ajoutent des motivations tenant aux conditions d'exercice professionnel.

Certains médecins roumains enquêtés ont exprimé le sentiment que le système roumain actuel n'offrait pas des conditions de travail et de soins favorables et qu'il n'est pas possible d'exercer pleinement et correctement ses obligations vis-à-vis des patients, confirmant le constat dressé en 2008 par Guillaume Delautre : « Avec une moyenne de 6,6 lits pour 1 000 en 2006, supérieure à la moyenne européenne, la Roumanie reste sur-dotée en lits mais les équipements médicaux sont encore vétustes et les investissements de l'État restent largement insuffisants. Beaucoup d'hôpitaux manquent même de produits médicaux de base (désinfectants, bandages, médicaments, etc.), que les patients doivent fournir ». A l'inverse, le système médical français est perçu comme susceptible d'apporter beaucoup plus de satisfaction professionnelle en offrant 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.

[4] En gras dans le texte.

Des motivations plus personnelles et familiales. Les mobilités professionnelles s'inscrivent dans des stratégies personnelles de réussite économique et plus largement de promotion personnelle. Ce qui a été exprimé par plusieurs médecins enquêtés, notamment des femmes. Les femmes représentent 70% des effectifs des médecins roumains installés en France. La recherche d'une meilleure qualité de vie et, plus particulièrement, de meilleures opportunités d'éducation et de formation pour leurs enfants a été évoquée en tant que facteurs décisifs de la migration par 41 des 106 médecins enquêtés, tandis que pour 88 d'entre eux les facteurs socioprofessionnels ont été cités comme principale motivation du projet migratoire. Ces chiffres incitent à penser les départs hors du pays comme des moments de ruptures positives pour réaliser un projet de vie.

Si, d'après les données Eurostat, la Roumanie est l'un des pays de l'UE où les écarts entre hommes et femmes sont les plus faibles, c'est malheureusement dans une sorte d'alignement par le bas. Ce sont alors souvent les femmes qui portent les aspirations à l'amélioration de la situation familiale et sont motrices dans la décision de migrer, et cela d'autant plus qu'elles peuvent prétendre à des emplois de haut niveau. Même si quelques unes des femmes enquêtées sont venues sans leurs enfants, la majorité ont entraîné toute leur famille dans la migration, avec d'emblée le souhait d'une installation de longue durée ou même définitive. Parmi les répondants à notre enquête, 68 personnes sur 106 ont fait état d'un projet d'installation durable voire définitive en France.

La non-prise en compte de cette dimension de genre par les élus ou les directeurs d'établissement qui se plaignent de l'instabilité des médecins roumains peut-être posée comme un obstacle à la réussite de leur intégration dans leur nouvel environnement professionnel et social. Elle n'est pas le seul.

3.2. De quelques conditions de la réussite de l'installation en France

Les médecins roumains installés en France 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), on l'a vu. Dans un premier temps, cette instabilité des parcours tient aux conditions d'installation : contrats de courte durée, remplacements, installation dans un cabinet qui s'avère non rentable. Une fois passée la période d'arrivée et d'adaptation, ces médecins cherchent à valoriser au mieux leurs compétences professionnelles ou à trouver l'environnement répondant à leurs attentes et à celles de leur famille, ce qui peut conduire à de nouveaux changements de lieux d'exercice, ou, à l'inverse, à des déclassements pour rester près du conjoint lui-même inséré professionnellement. C'est seulement lorsque le bilan de la rencontre entre la place dans le système de santé, la localisation sur le territoire français, les environnements professionnels et sociaux est perçu comme satisfaisant au regard des attentes personnelles que les parcours peuvent se stabiliser.

Plutôt que de parvenir à l'exhaustivité, je voudrais insister ici sur quelques pistes en matière de conditions de la réussite de l'installation des médecins roumains là où ils sont les plus désirés, c'est-à-dire dans les petits hôpitaux et dans les communes rurales et où l'intégration est plus difficile. La première est la prise en considération de la dimension de genre, incontournable eu égard à la part de femmes. Je me limiterai ici à citer Angela Durey et John Duff (2008) parlant des difficultés d'implantation de médecins à diplôme étranger dans les zones rurales australiennes :

« L'absence de considération de l'impact du travail domestique des femmes généralistes sur leur disponibilité professionnelle révèle la prévalence des pratiques de genre dominantes dans la médecine rurale, où l'on préfère les praticiens disponibles 24 heures sur 24. Selon Pringle, si les médecins ne se conforment pas à ces

modèles horaires, ils ne sont pas considérés comme de “vrais docteurs” et sont jugés comme “manquant de sérieux dans leur carrière”. Dans un tel climat, les généralistes femmes ont dû faire de gros efforts pour s’adapter à cette structure, malgré leur implication au sein de leur foyer. »

Cela suppose que les élus locaux sortent de leurs représentations tenant du cliché sur le médecin de campagne, ce qui peut rejoindre d’autres conditions de la réussite, dont celles tenant à l’organisation de l’offre de soins et aux modalités d’accueil. L’un des enjeux est d’éviter l’isolement du praticien. Alors que dans les hôpitaux les médecins arrivent dans une équipe, ils peuvent se retrouver isolés en cabinet libéral. L’installation dans un cabinet médical ou une maison médicale comptant plusieurs praticiens et d’autres soignants est alors un atout. De même que peut l’être l’accompagnement du confrère que l’arrivant va remplacer. Ces conditions sont en fait les mêmes que celles qui incitent des médecins formés en France à s’installer dans un endroit peu attractif.

3.3. En Roumanie, quels impacts des migrations sortantes de médecins ?

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.

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 les 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. Posséder une maison au pays 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 de ceux qui effectuent de tels transferts le font mensuellement. Il s’agit plus spécifiquement de médecins venus seuls ou accompagnés par leur conjoint-e mais dont les enfants majeurs sont restés en Roumanie pour finir leurs études. Ces transferts réguliers 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.

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 laisse penser que l’impact économique de ces migrations d’élite est limité. Quant à l’impact sur le système de soins roumain, il est clairement négatif.

Les départs massifs de médecins ont des effets très sensibles sur l’offre de soins en Roumanie, même si le pays devient à son tour 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 et de l’espace économique européen, 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, des 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.

Cela n'est pas suffisant pour que le système de santé roumain permette au pays d'améliorer l'état sanitaire de sa population, d'autant que l'offre de soins n'est qu'un des déterminants de la santé.

Conclusion

L'intensité des mobilités des médecins roumains vers la France a abouti à la constitution d'un espace migratoire qui s'inscrit dans l'émergence progressive d'un marché mondial des personnels médicaux dans lequel les mobilités répondent à des objectifs professionnels de mise en concurrence des compétences médicales mais aussi à des objectifs personnels et familiaux.

En France, 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 inscrite sur les agendas politiques depuis le début des années 2000. Bien que le recours aux migrations n'apparaisse pas explicitement dans les solutions envisagées pour maintenir le niveau de l'offre de soins, les effectifs de médecins étrangers exerçant en France ont augmenté. Le contexte européen et roumain a quant à lui été favorable au départ de médecins roumains qui sont maintenant très présents dans le paysage sanitaire français, où ils répondent surtout aux besoins des hôpitaux pour des spécialités particulièrement déficitaires.

Pour la Roumanie, l'exode de ses médecins constitue la perte d'un élément vital pour le développement du pays. Le système de santé roumain connaît des difficultés de même nature que beaucoup de pays en développement. 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. Cela passe à la fois par des choix nationaux mais aussi par la politique de cohésion de l'Union européenne.

Références

Attal-Toubert K., Vanderschelden M. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». DREES. *Études et Résultats*, 2009, n° 679

Cegarra M. « Du bled au terril : les mineurs marocains dans le Nord ». *Hommes et Migrations*. 1995, n° 1192.

Couffinhal A., Mousquès J. « Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques ». CREDES, *Questions d'économie de la santé*, 2001, n° 45.

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

Delautre G., Cohu S., Lequet-Slama D. « La protection sociale : un aperçu de la situation en Bulgarie et Roumanie ». DREES, *Dossiers Solidarité et santé*, 2008, n° 3.

Duray A., Duff J. « Les médecins généralistes étrangers et leurs conjoints dans les zones rurales ». *Hommes et Migrations*. 2008, n° 1272, p. 68-85.

Kofman E., Raghuram P. « Gender and global labour migrations: incorporating skilled workers". *Antipode*. 2006, p. 282-303.

Montané F., Kahn-Bensaude I. *Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne*. CNOM, 2007

OCDE. « Les migrations internationales des personnels de santé. Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale ». *Synthèses*. Février 2010.

Romestang P. *Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne. Situation au 1er janvier 2010*. CNOM, 2010

Séchet R., Vasilcu D. « Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice ». *Norois*. 2012. Vol. 2012/2, n°223, p. 63-76.

Weber S. « D'un rideau de fer à l'autre : Schengen et la discrimination dans l'accès à la mobilité migratoire ». *Géocarrefour*. 1 septembre 2009. Vol. 84/3, p. 163-171.