

# Mobilité spatiale des médecins en Europe, politique de santé et offre de soins.

## Les modèles projection, révélateurs des politiques nationales.

Alain Jourdain\* & Tam Pham\*\*

\*EHESP et CRAPE UMR CNRS 6051

\*\*EHESP

### Introduction

L'organisation de l'offre de soins dans l'Union européenne (l'UE) repose sur le principe de la libre circulation des prestations et des services. Les Traités de l'UE autorisent toutefois les États membres à avoir des exceptions de principes à la libre circulation pour des raisons d'ordre public, ou pour la protection de la santé de leurs citoyens. C'est les cas de la demande de soins de première ligne qui devient plus difficile à honorer à cause de la pénurie des médecins de famille, carrière peu choisie par des jeunes médecins sortis de la faculté, dans certaines régions. Selon la Commission européenne, les États membres pourraient manquer des médecins en 2020. Le déficit de médecins est évalué à 230.000 tandis que celui de personnels soignants à 600.000. Dans le pire des cas, cela signifiera que 15% des soins nécessaires ne pourront être apportés aux patients.

La migration des médecins peut être une solution à ce problème, par exemple au Royaume Uni 38,6% des médecins sont titulaires d'un diplôme étranger. Cependant, il existe deux logiques qui entrent en concurrence. Selon la logique des politiques de santé publique, la circulation des professionnels médicaux devrait aller des pays à forte densité médicale, où les besoins de soins sont réalisés, vers des pays à faible densité médicale et en mauvais état de santé. Selon la logique économique d'une libre circulation des biens et services, les praticiens se déplacent des pays peu attractifs aux faibles ressources consacrées aux soins de santé, vers les pays qui solvabilisent la

demande de soins et offrent de meilleures conditions d'exercice professionnel et de rémunération. Suivant cette dernière logique, les règles de l'Union européenne et celles des états garantissent aux médecins libéraux le choix de leur lieu d'exercice, au nom de la libre entreprise. En revanche, des règles spécifiques de choix géographique du médecin peuvent être imposées aux patients conventionnés avec l'assurance maladie, au motif que cette dernière est considérée comme un service d'intérêt général qui peut être réglementé. Il en est de même pour le mode de rémunération.

La question posée dans cette étude est de discuter de l'effet de cette réglementation sur la densité médicale, notamment dans les pays où elle est déficitaire, autrement dit de sa capacité à réduire des inégalités d'offre de soins entre pays.

Pour traiter cette question, nous avons dans un premier temps constitué une base de données concernant les principales variables descriptives des systèmes de santé des 27 pays de l'UE. Avec cette base nous avons recherché les variables associées à la migration des médecins entre les pays de l'UE, puis nous avons effectué une typologie afin de sélectionner 4 systèmes de santé idéaux-typiques pour modéliser la diversité des situations nationales en Europe.

Le contenu des politiques nationales visant à influencer la mobilité internationale des médecins est incorporé dans les hypothèses migratoires des projections du nombre de médecins. En effet, nous posons le postulat que les instituts chargés de faire les projections de population médicale intègrent les objectifs de leur ministère de tutelle dans ces hypothèses. Autrement dit, si la mobilité des médecins est une composante significative de la planification des personnels de santé en Europe, cela sera objectivé dans la formulation des hypothèses faites par ces instituts.

## **Etat des lieux**

Nous pouvons aujourd'hui faire le constat que la mobilité géographique des médecins en Europe a tendance à aggraver la situation dans les pays où il existe une pénurie de médecins car ces derniers sont animés par le motif économique d'accroissement du revenu et le motif social de meilleures conditions de travail. Le résultat de ces mouvements migratoires est l'accroissement des inégalités d'accès aux soins entre les pays de l'UE. Les médecins des pays déficitaires de l'Est et du sud se dirigent vers les pays excédentaires de l'ouest et du nord.

Si nous suivons une logique de fonctionnement idéal des politiques de santé au niveau Européen, les médecins devraient se diriger vers les pays de l'Est (vers la Roumanie) où l'État de santé et le ressenti des usagers sont les plus dégradés, ou encore vers les pays du sud (vers l'Espagne ou l'Italie) en cours de transition vers un modèle mixte, mais dont les services sont sujets à caution par les usagers. En réalité, les flux de professionnels inscrits dans la libre circulation des personnes suivent en grande partie une logique de marché, et donc les médecins migrent des pays de l'Est vers l'Ouest.

La faible pertinence de la migration comme moyen de résolution du problème de la pénurie médicale peut s'expliquer de différentes manières.

L'arrivée de nouveaux praticiens ne peut être qu'une réponse partielle au problème parce que l'offre de soins ne représente que 10% du niveau de santé dans la population (Evans RG, 2008). Ce constat rejoint les travaux les plus récents sur les liens entre le développement humain et la migration des personnes qualifiées (Michael A. Clemens, 2009). Les améliorations dans les pays où les besoins sont les plus importants seraient obtenues plus facilement par des corrections des principaux dysfonctionnements du système par les réformes en cours (création d'une médecine de première ligne dans les pays communistes, régulation accrue de l'État pour les pays du Sud, développement de l'ambulance, meilleure couverture sociale par un système d'assurance publique, démarche qualité, concurrence public/ privé).

Le Royaume-Uni est un exemple de ce processus : « importateur » net très important de médecins, 36,8% sont formés à l'étranger, 12,5% sont de nationalité étrangère en Espagne, et à moindre titre la France (4,5%), alors que la Roumanie se positionne comme pays « exportateur », avec la Pologne (dont 6 à 10% des médecins interrogés pensent s'exiler) (Wismar M, 2011). Il existe également une grande attraction entre, par exemple, le Royaume-Uni ou l'Espagne et leurs anciennes possessions coloniales (Kritz MM, 2013).

En Grande-Bretagne les pays tiers de l'UE jouent un rôle essentiel, alors que la migration est fortement européenne ailleurs. Le mouvement général de l'est vers l'ouest, a été très important au moment de l'intégration des 12 pays de l'UE, puis s'est atténué par la suite. Le facteur économique de mobilité précède dans l'ordre d'importance les facteurs liés à la pratique médicale et d'organisation du système (PHAM T 2014). Les enquêtes qualitatives réalisées auprès des

praticiens (Wismar M, 2011) le confirment : un salaire plus élevé et des conditions de travail et de vie jouent un rôle primordial. Les conséquences de santé publique semblent encore assez limitées.

L'analyse des politiques nationales sur la migration des médecins en Europe doit prendre en compte la diversité des systèmes de santé. Nous proposons de les regrouper en quatre grandes catégories idéales-typiques. Ces catégories sont construites sur des caractéristiques économiques, historiques, et d'organisation classifiées par les méthodes d'analyse des données.

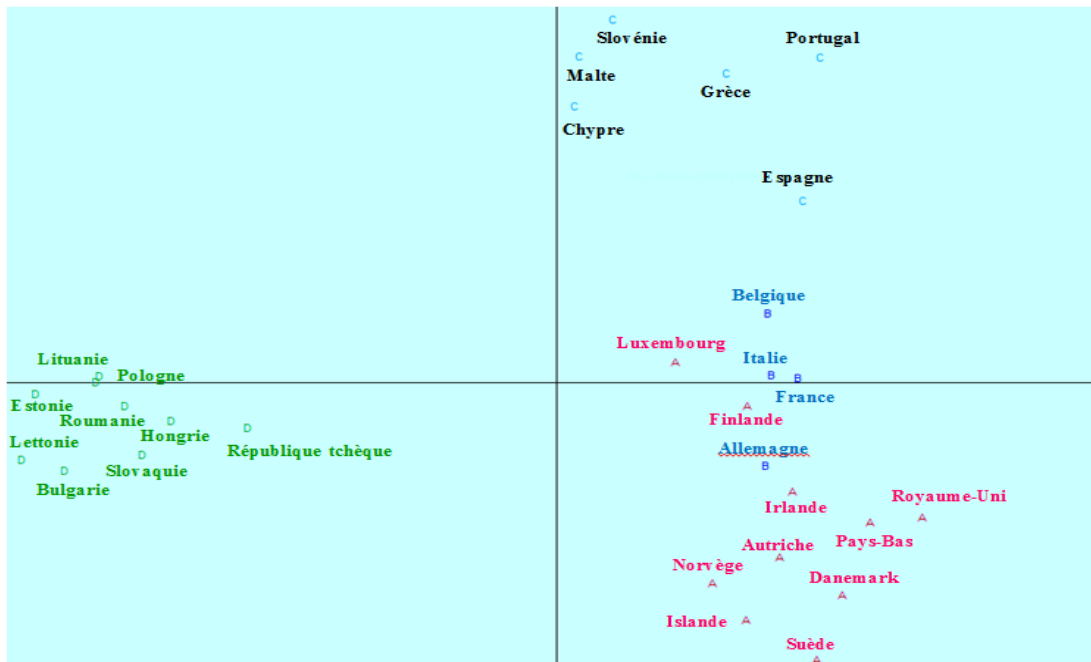


Figure 1 : Groupes des pays de l'UE suite à l'Analyse factorielle des correspondances et la CAH

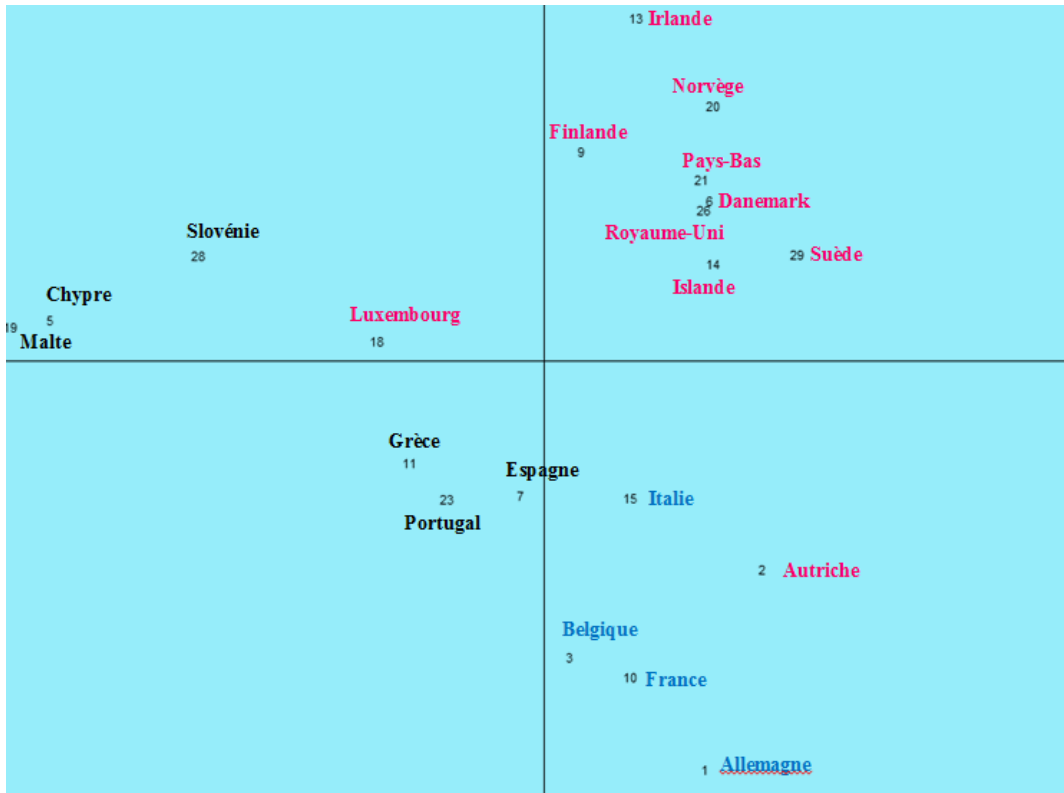


Figure 2 : Analyse factorielle des correspondances excluant les pays d'Europe de l'Est

Tableau 1: Comparaison des caractéristiques quatre groupes représentatifs

Système post-communiste (Semashko)	Système mixte	Système bismarckien	Système beveridgien
Proportion moyenne de médecins étrangers (20,59%) en 2008	Peu de médecins étrangers (3,7%) en 2008	Peu de médecins étrangers (4,75%) en 2008	Forte proportion de médecins étrangers (36,48%) en 2008
Densité médicale la plus faible (236,9/100.000 hab. en 2010)	Densité médicale la plus élevée (392/100.000 hab. en 2010)	Densité médicale élevée (330,38/100.000 hab. en 2010)	- Densité médicale moyenne (271,2/100.000 hab. en 2010)
Nombre élevé des médecins diplômés (13,5/100.000 hab. en 2010)	Nombre élevé des médecins diplômés (11,1/100.000 hab. en 2010)	Nombre faible des médecins diplômés (6,04/100.000 hab. en 2010)	Nombre moyen des médecins diplômés (9,2//100.000 hab. en 2010)
Densité la plus élevée des infirmiers (834,3/100.000 hab. en 2010)	Densité élevée des infirmiers (555/100.000 hab. en 2010)	Densité moyenne des infirmiers (465/100.000 hab. en 2010)	Densité élevée des infirmiers (510/100.000 hab. en 2010)
Nombre élevé de consultations médicales (7,7 fois/hab.)	Nombre moyen de consultations (7 fois/hab.)	Nombre moyen de consultations (6,7 fois/hab.)	Faible nombre de consultations (5 fois/hab.)
Faible revenu/PIB des médecins généralistes libéraux (2,9 en 2010)	Revenu/PIB moyen des médecins généralistes libéraux (3,1 en 2010)	Très faible revenu/PIB des médecins généralistes libéraux (2,39 en 2010)	Revenu/PIB le plus élevé des médecins généralistes libéraux (4,69 en 2010)
Recours faible aux soins hospitaliers : Faible densité de lits d'hôpitaux en 2010 (134,73/100.000 hab.)	L'hôpital occupe une place centrale excessive : densité élevée de lits d'hôpitaux en 2010 (213,18/100.000 hab.)	Recours très fort aux soins hospitaliers : densité très élevée de lits d'hôpitaux en 2010 (416,71/100.000 hab.)	Recours moyen aux soins hospitaliers : Densité moyenne de lits d'hôpitaux en 2010(184,014/100.000 hab.)
Niveau faible de dépenses de protection sociale (1998,11 euros/hab. en 2010)	Niveau moyen de dépenses de protection sociale (7337,32euros/hab. en 2010)	Niveau élevé de dépenses de protection sociale (8891,47euros/hab. en 2010)	Niveau élevé de dépenses de protection sociale (7676,4 euros/hab. en 2010)
Accessibilité difficile pour les patients (Besoins élevés des soins non satisfaits 0,6% en 2011 cause de distance lointaine, 11,1% cause de coût élevé), liste d'attente faible (0,5%)	Accessibilité moyenne pour les patients (Besoins moyens des soins non satisfaits 0,1% en 2011 cause de distance lointaine, 5,1% cause de coût élevé), liste d'attente moyenne (0,8%)	Bonne accessibilité pour les patients (Besoins moyens des soins non satisfaits 0,1% en 2011 cause de distance lointaine, 1,9% cause de coût élevé), liste d'attente faible (0,4%)	Bonne accessibilité pour les patients (Besoins moyens des soins non satisfaits 0,1% en 2011 cause de distance lointaine, 0,1% cause de coût élevé) sauf cause de liste d'attente le plus élevé (1,1%)

Présentons ces quatre groupes par degré croissant de recours à l'immigration.

Le système de santé roumain comporte beaucoup de points faibles. Les dispositions du système de santé ne sont pas aussi bien organisées que dans les autres systèmes de santé (nombre de lits d'hôpitaux le plus faible), les patients roumains doivent se déplacer et venir parfois de loin

pour pouvoir consulter un médecin et avec des honoraires élevés. Or les médecins roumains doivent travailler plus mais ne gagnent pas bien leur vie. C'est le pays ayant également le nombre de médecins le plus faible. Nous en concluons donc qu'il existe une pénurie de médecins en Roumanie. De plus, ces médecins sont tentés de quitter leur pays afin de profiter de conditions de vie meilleures, ce qui aggrave d'autant plus la situation de pénurie dans ce pays.

Les systèmes mixtes des pays du Sud (l'Italie) et Bismarckien (la France) semblent avoir moins de problèmes liés à l'offre de soins médicaux par rapport aux autres systèmes et recourent de manière modérée à la migration

Le système de santé Beveridgien du Royaume-Uni, confronté à une pénurie de médecins, a recouru massivement à la migration au début des années 2000. Les dispositions du système de santé sont assez bien organisées mais avec des coûts élevés. Les médecins britanniques travaillent moins que leurs confrères des autres pays et ils obtiennent de meilleurs honoraires.

Les mesures de traitement de la pénurie des soins médicaux varient d'un pays à l'autre selon leur propre organisation du système de santé. Cependant, il existe une tendance commune entre eux de peu recourir aujourd'hui au recrutement de médecins à l'étranger. Ainsi, les mesures et les solutions propres dans la politique de santé des quatre Etats membres représentatifs seront présentées en détails ensuite.

### ***La plupart des pays recourent peu au recrutement de médecins à l'étranger :***

En effet la tendance historique générale dans trois de ces quatre pays représentatifs ne considère pas le recrutement de médecins dans l'UE ou bien à l'international, comme une solution propre à compenser la pénurie, sauf le Royaume-Uni.

Dans le cas de la France, d'une manière générale, elle ne recourt pas au recrutement de médecins à l'étranger, mais plutôt améliore l'organisation du système de soins pour passer ce moment difficile de déficit (Roland Cash and Philippe Ulmann ). Nous constatons que, si la population étrangère représentait 6,2% de la population totale active en 2001, les médecins ayant obtenu un diplôme hors de France ne représentent que 2,7% des médecins en activité. Cependant la France a accueilli quand même les flux migratoires de pays d'Europe centrale et orientale (de la Roumanie par ex) dans le contexte de l'élargissement de l'UE. Ce recrutement de médecins est

seulement en faveur des zones rurales, sous-dotées, sous forme d'une association qui recrute des médecins roumains pour un engagement d'au moins cinq ans dans ces zones (Dumont JC, 2007).

En outre le Code de santé publique en France préconise une référence à la nationalité française ou andorrane, au ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, aux pays issus de l'accord sur l'Espace économique européen, élargi au Maroc et à la Tunisie, pour qu'un médecin puisse exercer son métier. Par ailleurs, les médecins de nationalité européenne et diplômés de l'UE peuvent pratiquer leur métier s'ils s'inscrivent au tableau de l'Ordre des Médecins, avec une attestation ou un certificat de conformité de leur diplôme suivant la directive européenne en secteur hospitalier comme en secteur libéral.

Quant aux médecins diplômés hors de l'UE, depuis 2007, ils doivent subir des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française, puis passer trois ans d'exercice sous le contrôle d'un établissement de santé, et enfin, avoir l'avis favorable d'une commission avant l'autorisation ministérielle, afin de bénéficier du droit d'effectuer leur métier comme un médecin français. En pratique nous notons qu'un grand nombre des médecins étrangers travaillant dans les hôpitaux publics sont en statut précaire. Par exemple le médecin avec statut de PAC est rémunéré seulement à 50% du salaire des praticiens hospitaliers français (puisque'il a un statut contractuel).

De même, le Ministère de la santé italien ne voit pas le recrutement international de médecins comme un élément structurel de la solution propre à pallier la pénurie de ces derniers dans son pays. Nous constatons que la reconnaissance de diplômes obtenus hors de l'UE est un processus long et fastidieux qui s'étend jusqu'à cinq ans pour rassembler tous les documents nécessaires (Chaloff J, 2008). Enfin, il existe aussi une demande alternative d'inscription en sixième année de médecine pour passer sept examens postérieurs et recevoir un diplôme équivalant à un diplôme italien, avant de pouvoir effectuer le métier de médecin dans ce pays. La loi sur l'immigration permet aussi aux étudiants étrangers hors de l'UE de rester en Italie et d'y travailler, mais seulement suivant un système de quota. Le quota annuel fixe un nombre maximum de changement de permis d'études en permis de travail, généralement la moitié du nombre total. Ces étudiants non-européens qui ne demandent pas de permis de travail après son obtention du permis d'étude, ou dont la demande est rejetée, perdent leur droit de résider en Italie, et leur permis est donc annulé. Ils devront ensuite quitter le pays.

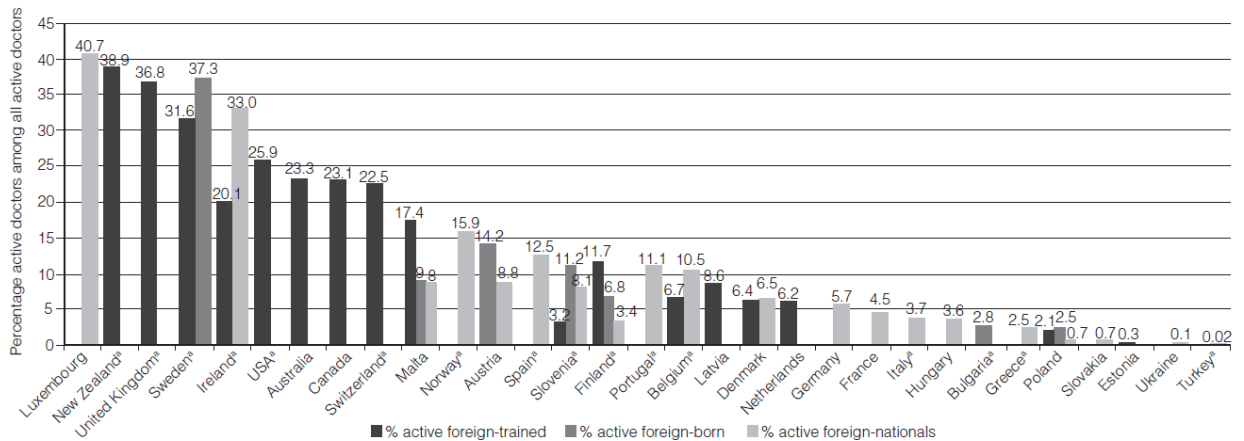


Le seul pays qui recourt au recrutement international reste le Royaume-Uni. Plus d'un tiers des médecins en poste sont diplômés en dehors de ce pays. Des programmes spéciaux aidant les immigrants et les personnels de santé qualifiés venus de l'étranger à s'installer et à effectuer leur métier sont mis en place. Par ailleurs, le Royaume-Uni élargit la coopération à l'international au travers d'accords bilatéraux et de protocoles d'accords avec l'Inde, les Philippines, l'Afrique du Sud et la Chine afin de favoriser le recrutement de professionnels de santé.

Cependant le processus d'enregistrement du permis de travail pour le médecin n'est pas simple. En appliquant la réglementation britannique (Code de Pratique), il doit faire sa demande d'inscription au niveau national au « General Medical Council » (GMC), puis, passer un examen du PLAB<sup>1</sup> pour un enregistrement provisoire. L'autorisation d'exercer devient de plein droit après un an de formation encadrée. Depuis avril 2006, les médecins venant de pays en dehors de l'UE doivent obtenir un permis de travail. Toutefois les médecins qui sont formés à l'étranger peuvent rencontrer des difficultés quand ils commencent à pratiquer leur métier au Royaume-Uni, à cause de la méconnaissance du système de santé, de la communication, de la culture différente et du manque de maîtrise de l'anglais.

Graphique 3 : proportion de médecins étranger, formés ou nés à l'étranger.

Fig. 5.1 Reliance levels on foreign-trained, foreign-born and foreign-national medical doctors, 2008 or latest year available for countries



Par ailleurs, les quatre systèmes typiques effectuent aussi des politiques concrètes et différentes, selon leur situation, sur le développement et l'amélioration de la médecine générale.

### La France :

<sup>1</sup> Professional and Linguistic Assessment Board: Commission d'évaluation professionnelle et linguistique.

La France pratique une politique sur la concentration de l'organisation du système de soins afin de résoudre le problème du déficit des médecins par lui-même. Concrètement:

- Amélioration de gestion des ressources humaines médicales :
- L'âge du départ en retraite et les détails pour les médecins et les professionnels de santé
- Augmentation du numerusclausus
- Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants :
- Des mesures incitatives visant à favoriser l'installation en zones mal desservies :
  - Maisons de santé pluridisciplinaires :
  - Développement de la télémédecine :
  - Investissement dans les territoires isolés :

### **Le Royaume-Uni :**

Dans le cas du Royaume-Uni, le gouvernement insiste sur quatre grands moyens d'action afin d'améliorer la pénurie de médecins:

- développement de la formation de médecine dispensée dans le pays afin de former de plus en plus de professionnels de santé dans le territoire.
- améliorer le taux de maintien des agents en poste.
- encourage les médecins qui sont déjà partis à la retraite à reprendre du service pour pallier le manque de ces derniers.
- recruter des professionnels de santé à l'international comme nous l'avons étudié ci-dessus.

Un code de Pratique (Code de Recrutement éthique) pour les employeurs dans le recrutement international du Service national de la Santé (NHS) a été introduit en 2001, renforcé en 2004, et couvre désormais toutes les entreprises privées, les agences de recrutement, mais pas les employeurs du secteur privé (Connell , 2006).

Les objectifs du code de recrutement étaient d'empêcher les employeurs du NHS de recruter directement du personnel de santé international : le code permet toutefois un recrutement international de personnel de santé à travers des accords gouvernementaux.

## **L'Italie :**

Afin de lutter contre la fuite des cerveaux des médecins et des chercheurs, des incitations ont été mises en place par l'ex-ministère des Italiens de l'étranger (Heidsieck H, 2011).

- le ministre avait été à l'origine du premier fichier recensant les chercheurs italiens expatriés (près de 1000 personnes) et permettait la mise en contact permanente des chercheurs italiens à l'étranger et en Italie,
- « Rientro dei cervelli » a été créé en 2001 par la ministre Laetizia Moratti été élargi et intitulé « Programma per Giovanni Ricercatori - Rita Levi Montalcini prévoit l'allocation de 600 millions d'euros pour les scientifiques rentrant en Italie

## **La Roumanie :**

Les réformes en cours ont porté principalement sur

- le processus de décentralisation, la mise au point de la prévention et les soins de santé primaires, l'amélioration de la fourniture d'un ensemble minimum de services par le biais d'autres services d'urgence efficaces, le développement du secteur privé et l'établissement de relations claires entre les systèmes de soins de santé et sociaux. Ces orientations ont été facilitées par l'introduction de la loi sur la réforme de la santé en mai 2006.
- elle voudrait bien consacrer la médecine de famille qui est devenue officiellement la porte d'entrée de tous les patients en 1998, même si cela reste encore nouveau pour la population, à cause de l'habitude d'aller se faire soigner à l'hôpital (Wienke G.W, 2012).

## **La politique européenne**

Les politiques et la réglementation européenne agissent dans deux directions opposées, elles facilitent la circulation des médecins, au nom de la libre entreprise, ce qui est un facteur d'accroissement des inégalités, alors que les règles nationales sur le service d'intérêt général d'assurance maladie sont un facteur d'amélioration, il en est de même pour la recommandation de l'OMS sur la limitation de la migration des professionnels de santé, afin de limiter la fuite des

cerveaux. Dans cette partie, quelques propositions seront précisées sur la régulation des flux migratoires des médecins par le recours au Service d'Intérêt Général (SIG) de santé selon les textes de droit de l'UE, et selon les résultats des études statistiques dans la deuxième partie.

Affirmation de la compétence nationale du Service d'Intérêt Général de santé :

L'article 2 du Protocole n° 26 sur les services d'intérêt général en est l'exemple le plus frappant en décidant que « *les dispositions du traité ne portent en aucune manière atteinte à la compétence des États membres pour fournir, faire exécuter et organiser des services non économiques d'intérêt général* ».

Les arrêts *Poucet et Pistre* du 17 février 1993 ont jeté les bases de cette évolution en affirmant que « *les caisses de maladie et les organismes qui concourent à la gestion du service public de sécurité sociale remplissent une fonction exclusivement sociale* » et ne relèvent pas de la notion d'entreprise. Cette exclusion tient principalement à ce que leur fonctionnement est fondé sur la solidarité nationale et sur l'indépendance pour le bénéficiaire des services entre le montant versé de ses cotisations de sécurité sociale et le montant des prestations reçues. De tels fondements se retrouvent dans les systèmes de soins hospitaliers et services ambulatoires quand leurs mécanismes restent imbriqués dans le fonctionnement du système de sécurité sociale et relèvent d'une politique publique de soins.

La directive « Services » du 12 décembre 2006 exclut expressément de son champ d'application, de façon générale, les services d'intérêt général non économiques (art. 2, § 2a) ainsi que les soins de santé (art. 2, § 2f).

Nous émettons l'hypothèse que la régulation des flux migratoires des médecins, ou autrement dit, la répartition de l'offre des médecins, sont des politiques de services publics de santé relevant des États. Chaque État a la responsabilité d'organiser son offre de médecins qui s'adapte à son propre système de santé, et donc, un domaine de Service d'Intérêt Général. Ainsi, les libertés d'établissement et de prestation de services des professionnels de santé relèvent des grandes libertés de circulation dans le marché intérieur. En droit interne français par exemple, la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 (dite « Fourcade »), dans son article 4, avait annihilé les modestes avancées de la loi HPST au titre du schéma régional d'organisation des soins de santé (SROS), en

affirmant que celui-ci devait se faire dans le respect de la liberté d'installation du professionnel de santé, et que les indications du SROS sur les besoins n'étaient pas opposables aux professionnels de santé libéraux (art. L. 1434-7 modifié du CSP) (Hennion, S., 2013).

Le Service d'intérêt général de santé est-il une solution à l'offre de soins ? Suite à la deuxième partie de l'analyse sur la démographie médicale dans l'UE, nous observons trois catégories d'intérêts différents de demandes des pays membres, basées sur le service d'intérêt général afin d'améliorer leur situation de répartition des médecins :

Catégorie 1 : Pays qui n'ont pas d'intérêt immédiat au recours au Service d'intérêt général. Cette catégorie se compose des pays proches du système bismarckien avec une forte densité de médecins, et le revenu élevé de ceux-ci, qui sont des variables qui attirent les autres médecins à y immigrer. Donc, ces pays, dans la situation actuelle, n'auraient pas de besoin urgent à avoir recours au Service d'intérêt général. La France en est un exemple dans notre étude. Ces pays pourraient s'y intéresser dans le futur, une fois que par exemple, leur pays aurait accueilli un nombre important de médecins qui pourraient, dans certaines conditions, induire des dépenses élevées de santé publique (demande induite), et proposer une offre plus importante que la demande. Et donc, les propres médecins de ces pays pourraient se trouver en situation de chômage.

Catégorie 2 : Pays qui s'intéresseraient au Service d'intérêt général afin de défendre leur système de santé en évitant au maximum le flux d'émigration des médecins à l'étranger. Ce sont des pays proches du système de l'Est et du Sud qui voient une émigration de masse des professions de santé et provoquent une grande fuite des cerveaux, alors que la pénurie existe dans ces pays mêmes. C'est le cas de pays comme la Roumanie et l'Italie. Ces pays auraient l'intention de recourir au Service d'intérêt général afin de défendre leur système de santé en améliorant le flux d'émigration. Des incitations telles que des aides financières et des appels au retour au pays d'origine ont été utilisés par l'Italie dans l'effort pour résoudre l'organisation de soins.

Catégorie 3 : Pays qui s'intéresseraient au Service d'intérêt général afin de faire appel aux médecins étrangers. Ce sont les pays proches du système beveridgien et du système nordique. Ce sont des pays tels que le Royaume-Uni par exemple, qui ont une faible densité médicale, et

qui rémunèrent bien les médecins. C'est la raison pour laquelle, ils pourraient avoir l'intention de recourir au Service d'Intérêt Général au travers d'appels d'offre avec des revenus élevés. Cet appel est lancé auprès non seulement des médecins de l'UE, mais aussi des médecins des pays tiers.

Pour toutes les raisons ci-dessus, il est impossible dans le système juridique actuel de l'UE, au nom de la libre circulation des citoyens dans l'Union, ainsi que le droit de libre établissement et de libre prestation de services, de promouvoir des contraintes sur la migration des médecins. Cette grande liberté fondamentale de l'UE rend impossible pour un État quelconque de porter plainte sur ces droits des médecins entre les États membres. En effet, si les États peuvent appuyer leur politique sur la notion de service d'intérêt général, l'Union Européenne ne le peut pas, elle ne peut pas contraindre ou favoriser l'établissement des médecins dans les pays moins favorisés.

La notion du SIG de santé peut permettre de mailler le territoire national et peut-être d'aménager des lieux d'installation, mais toujours avec les mêmes limites. Il exige un texte de loi précis qui prévoit des liens avec la santé publique ainsi que la proximité du service par exemple, et que la limite soit proportionnelle au but recherché (critère de proportionnalité). En effet, il n'est pas possible d'obliger un médecin à s'installer sur un territoire donné. Cependant, il est possible de créer des conventionnements entre les médecins libéraux et le système de Sécurité Sociale, qui soient subordonnés à des règles d'intérêt public. En signant les accords d'encadrement avec la Sécurité Sociale, le médecin accepte aussi une série de charges en particulier, soumises à l'implantation en fonction du niveau, conformément au SIG de santé.

En réalité, un médecin peut s'installer là où il veut, à titre libéral, même dans un endroit où il y a beaucoup de médecins, sans aucune convention avec la Sécurité Sociale, conformément au droit de libre établissement et de libre prestation de services de l'UE. C'est aussi le cas des patients, ils sont libres d'aller se faire soigner là où ils le veulent, si ce sont eux qui en règlent les frais. En politique, l'UE cherche à contrôler les patients. Ce qui fait que le SIG de santé peut-être un moyen de garder les médecins, ainsi qu'un moyen de conserver une bonne politique de santé nationale. Le SIG permet à chaque État membre d'optimiser les services de santé (avec le soutien aux jeunes médecins par exemple). Toutefois, ce n'est pas un élément suffisant pour réduire le déficit des médecins. Le SIG de santé, est un concept institutionnel, tandis que la libre circulation des travailleurs et la liberté d'établissement sont des concepts individuels. Un médecin à titre

libéral peut donc s'installer là où il veut. Par conséquent, le SIG de santé ne répond pas directement à la question de mobilité à l'intérieur de l'UE, au nom de la liberté de circulation des citoyens. En revanche, il est un moyen d'aménagement du territoire médical, une réponse indirecte afin de résoudre le problème de la répartition et de la stabilisation des médecins.

### Prospective sur ces politiques et leurs effets

Les projections de population constituent un bon point d'observation du rôle que jouera l'immigration des médecins étrangers dans la résolution d'une pénurie de main d'œuvre médicale. Ces projections de professionnels sont généralement construites suivant le modèle décrit dans le schéma ci-dessous, qui décrit les principaux facteurs qui peuvent affecter l'offre et la demande de services et de médecins.

L'offre de services et de médecins est affectée par le nombre d'entrées dans la profession (y compris les médecins formés à l'étranger), les sorties de la profession par retraite, décès ou émigration et l'évolution du nombre d'heures de travail individuel.

La demande de services et de médecins dépend de variables liées à la population (croissance, morbidité), à l'organisation du système de santé (recours aux soins, accessibilité aux services) et aux politiques de santé (budget santé/ pib, croissance des dépenses de santé).



D'après Tomoko Ono, Gaetan Lafortune, Michael Schoenstein

La demande future de services et de professionnels est plus ou moins bien prise en compte dans les modèles de projection, certains pays comme les Pays Bas et le Royaume Uni développent les scénarios les plus complets intégrant, outre les projections de la population, les habitudes de recours aux soins et leurs changements, les conséquences des réformes des systèmes de protection sociale, ou encore les prévisions de croissance de la population.

Sur la face de l'offre de services de soins médicaux, qui nous intéresse plus particulièrement dans cet article, la question des migrations professionnelles n'est pas toujours distinguée des entrées dans la profession par les nouveaux diplômés ou des sorties par retraite. Plus précisément, l'émigration n'est pratiquement incluse dans aucun des modèles parce qu'il est impossible d'obtenir des données fiables<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup>L'IPUMS (Integrated Public Use Microdata Series, International)[38] pourrait aider à répondre à cette question[39]. Cependant, l'utilisation de recensements dans la connaissance de la migration des professionnels de santé en Europe sera possible à condition de normaliser les classifications et les définitions différentes de migration des travailleurs dans les bases de données des États (âge, sexe, pays de naissance, profession et état matrimonial).



<b>Tableau 1</b>				<b>Déterminants de la demande de médecins et de services médicaux</b>				
<b>No.</b>	<b>Institution/Année</b>	<b>Projection</b>	<b>% étrangers</b>	<b>Effectif de population</b>	<b>Modèles d'utilisation des services</b>	<b>Facteurs de changement d'utilisation (ex. besoins)</b>	<b>Changement dans l'organisation des services</b>	<b>PIB/dépenses de santé</b>
<b>France</b>	Ministère des Affaires Sociales et de le Santé (2009)	2006 – 2030	4,5	X				
<b>Belgique</b>	Federal Public Service (2009)	2004 – 2035	10,5	X	X			
<b>Allemagne</b>	Joint Federal Committee (2012)	Annual decisions about doctors authorise to open practice	5,7	X				
<b>Pays-Bas</b>	Advisory Committee on Medical Manpower Planning (2010)	2010 – 2028	6,2	X	X	X	X	
<b>Royaume-Uni</b>	Centre for Workforce Intelligence (2012)	2011 – 2040	36,8*	X	X	X		X
<b>Danemark</b>	National Board of Health (2010)	2010 – 2030	6,5	X	X			
<b>Irlande</b>	Training and Employment Authority (2009)	2008 – 2020	33,0	X				
<b>Italie</b>	Ministry of Health	Décisions annuelles en Fonction des postes	3,7					
<b>Roumanie</b>	Ministry of Health	Décisions annuelles en Fonction des postes						

% formés à l'étranger

Source :Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras (2011)

## L'immigration professionnelle des médecins : problème ou solution ?

L'immigration des diplômés étrangers est variable selon les pays ainsi que le montre le tableau 2 décrivant la rationalité des projections et précisant le statut de la migration dans les pays appartenant aux quatre groupes de la typologie des systèmes de santé dégagée dans le paragraphe précédent.

Tableau 2 : statut des hypothèses de migration dans les modèles de projection de la population des médecins selon la catégorie de système de santé.

Pays	Offre de services de médecins/Système de santé
	<b>Bismarckiens</b>
<b>France</b>	L'offre future de services et de médecins est estimée par la méthode de micro-simulation prenant en compte les caractéristiques des médecins. Ce modèle reconstitue leur carrière depuis l'entrée en faculté jusqu'au départ en retraite. La variable immigration apparaît sous la rubrique des médecins étrangers étudiants en France, elle est posée par hypothèse constante et faible en valeur.
<b>Belgique</b>	Modèle de projection par composante utilisant les informations sur l'âge, le sexe et la localisation des médecins présents, l'objectif est d'estimer les pénuries et excédents, et définir les quotas pour les études de médecine. La migration est mesurée sur les trois dernières années, l'hypothèse retenue est une immigration constante et une émigration nulle.
<b>Allemagne</b>	Le modèle calcule les besoins en médecins libéraux conventionnés par les caisses à partir d'un ratio médecins/population dans les 395 districts de planification. Ces districts sont distingués selon le degré de ruralité, les besoins en contrats nouveaux sont définis sur la base de quatre districts continus en déficit. La politique migratoire n'est donc pas incluse dans ce modèle.
<b>Pays-Bas</b>	La modèle inclut une estimation prudente des entrées dans les différentes spécialités médicales basée sur les tendances passées, de la formation des médecins et des entrées sur le marché du travail. L'immigration est égale au nombre de médecins basée sur les tendances passées et des estimations d'experts pour le futur.
	<b>Beveridgiens</b>
<b>Royaume Uni</b>	Le modèle utilisé est un modèle d'offre et de demande de médecins. L'offre de soins est calculée par composante, la demande étant calculée à partir de critères classiques : population, besoins de santé, facteurs de risque en santé et productivité. Des scénarios sont construits sur deux variables principales : compression ou expansion de la morbidité et croissance ou non de l'économie. Les conclusions sont différentes entre spécialistes (pénurie) et médecins hospitaliers (excédent). La variable immigration professionnelle n'est donc pas retenue, le modèle se bornant à mesurer des écarts entre l'offre et la demande, le mode de résolution des écarts (migration, formation, etc.) n'est pas posé.
<b>Danemark</b>	Modèle de projection précisant la composante de l'offre de soins et de médecins. Ce modèle pose l'hypothèse d'un déclin gradué dans le nombre de médecins formés à l'étranger, ainsi le recours à l'immigration devrait passer en 2010-2014 de 100 médecins à 92 en 2015, 60 en 2016. La croissance du nombre de spécialistes sera plus forte. Les pénuries ou excédents sont très liées à l'évolution de la demande
<b>Irlande</b>	Les modèles de projection sont délibérément construits sur l'autosuffisance et ne considèrent pas l'immigration comme une solution aux pénuries potentielles. (FÁS, 2009). la migration nulle est donc retenue comme hypothèse.
	<b>Mixtes du sud</b>
<b>Italie</b>	Les projections y sont réalisées, comme en Allemagne, au niveau régional et le Ministère de la santé n'a qu'un rôle de validation et d'agrégation des données pour faire des recommandations au ministère de l'éducation sur le nombre de personnes à former. La régulation se fait par les contrats de formations des 55 spécialités médicales. Dans la projection, il est tenu compte des départs de spécialistes et des besoins nouveaux. Quand ces derniers sont de 25% supérieurs une année sur l'autre, ils sont plafonnés à ce chiffre. Il n'est donc fait aucun compte de la migration dans ces projections.
	<b>Est Européens, Simiesko</b>
<b>Roumanie</b>	En Roumanie la prévision des besoins de main d'œuvre médicale se fait à partir du nombre de postes dans le secteur public. Le numerus clausus est fixé en fonction des possibilités de formation et ne tient pas compte des besoins. Chaque année les directeurs de districts estiment les besoins de nouveaux médecins en fonction des départs et arrivées dans chaque spécialité à un horizon de 5 ans. about 3% (1,421) of the total number of praticienqui ont quitté la Roumanie en 2007 (Adriana Galan) <sup>1</sup> Victor Olsavszyk <sup>2</sup> 1. Institute of Public Health Bucharest 2. WHO Country Office

Source : Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013)

En France, pays rattaché au modèle Bismarkien, l'offre future de services et de médecins est estimée par la méthode de micro-simulation prenant en compte les caractéristiques des médecins. Ce modèle reconstitue leur carrière depuis l'entrée en faculté jusqu'au départ en retraite. La variable immigration apparaît sous la rubrique des médecins étrangers étudiants en France, elle est posée par hypothèse constante et faible en valeur.

La Belgique qui fait partie de la même famille utilise un modèle de projection par composante utilisant les informations sur l'âge, le sexe et la localisation des médecins présents, l'objectif est d'estimer les pénuries et excédents, et définir les quotas pour les études de médecine. La migration est mesurée sur les trois dernières années, l'hypothèse retenue est une immigration constante et une émigration nulle.

L'Allemagne ne réalise pas de projections par composantes, mais calcule les besoins en médecins libéraux conventionnés par les caisses à partir d'un ratio médecins/population dans les 395 districts de planification. Ces districts sont distingués selon le degré de ruralité, les besoins en contrats nouveaux sont définis sur la base de quatre districts continus en déficit. La politique migratoire n'est donc pas incluse dans ce modèle.

Pour les pays bismarckiens, la migration semble ne pas être un problème car minime, voire ignorée dans les modèles.

Le Royaume-Uni représente les pays beveridgiens, les projections sont réalisées pour informer le Health and Education National Strategic Exchange (HENSE) Review Group qui est chargé de conseiller les ministères de la santé et de l'éducation. Le modèle utilisé est un modèle d'offre et de demande de médecins. L'offre de soins est calculée par composante, la demande étant calculée à partir de critères classiques : population, besoins de santé, facteurs de risque en santé et productivité. Des scénarios sont construits sur deux variables principales : compression ou expansion de la morbidité et croissance ou non de l'environnement. Il est fait une distinction entre spécialistes et médecins hospitaliers. La proposition est d'accroître de 2% les quotas annuels pour répondre à la demande de soins en médecine générale, tenant compte du taux d'accroissement des dépenses publiques de santé. La variable immigration professionnelle n'est donc pas retenue, le modèle se bornant à mesurer des écarts entre l'offre et la demande, le mode de résolution des écarts (migration, formation, etc.) n'est pas posé.

Autre pays beveridgiens, le Danemark développe un modèle de projection précisant la composante de l'offre de soins et de médecins. Ce modèle pose l'hypothèse d'un déclin gradué dans le nombre de médecins formés à l'étranger, ainsi le recours à l'immigration devrait passer en 2010-2014 de 100 médecins à 92 en 2015, 60 en 2016. La croissance du nombre de spécialistes sera plus forte. Les pénuries ou excédents sont très liées à l'évolution de la demande.

En Irlande, les modèles de projection sont délibérément construits sur l'autosuffisance et ne considèrent pas l'immigration comme une solution aux pénuries potentielles. (FÁS, 2009). La migration nulle est donc retenue comme hypothèse.

Dans les pays beveridgiens, la migration semble être plus un problème à résoudre qu'une solution.

L'Italie représente les pays mixtes du sud de l'Europe. Les projections y sont réalisées, comme en Allemagne, au niveau régional et le Ministère de la santé n'a qu'un rôle de validation et d'agrégation des données pour faire des recommandations au ministère de l'éducation sur le nombre de personnes à former. La régulation se fait par les contrats de formations des 55 spécialités médicales. Dans la projection, il est tenu compte des départs de spécialistes et des besoins nouveaux. Quand ces derniers sont de 25% supérieurs une année sur l'autre, ils sont plafonnés à ce chiffre. Il n'est donc fait aucun compte de la migration dans ces projections.

En Roumanie, représentant les anciens pays de l'Est, la prévision des besoins de main d'œuvre médicale se fait à partir du nombre de postes dans le secteur public. Le *numerus clausus* est fixé en fonction des possibilités de formation et ne tient pas compte des besoins. Chaque année les directeurs de districts estiment les besoins de nouveaux médecins en fonction des départs et arrivées dans chaque spécialité à un horizon de 5 ans (Bartlett & col, 2012).

Les pays du sud et de l'Est utilisent des modèles censés répondre de manière réactive à l'offre de services entre fuite des cerveaux et dynamique locale et à la demande dirigée par le nombre de postes du secteur public. La migration n'apparaît donc pas, faute de projections à long terme.

## Conclusion

Une des réponses aux pénuries de professionnels de santé dans certains pays, a été de recourir à la migration par le passé. Cette solution a été privilégiée dans les pays où la formation s'est avérée quantitativement insuffisante. Mais depuis l'assemblée mondiale de l'OMS 2010 une réaction s'est constituée à partir d'un code général des pratiques de recrutement international des professionnels de santé qui définit des processus de planification éducation et formation ainsi que de la rétention des personnels. (Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010). De son côté l'OCDE travaille avec les pays pour améliorer la gestion des ressources humaines du secteur médical.

Les modèles de projection de population qui répondent à ces nouvelles politiques retiennent 5 principaux conducteurs: démographie (y.c. migrations), morbidité ou mortalité, utilisation des services de santé et besoins, modèle d'organisation de service de santé (soins primaires, hospitalisation, soins de longue durée), croissance économique qui peut influencer sur la capacité à payer des patients.

Pour élaborer de tels modèles un premier enjeu est de détenir des données fiables : population initiale des professionnels en exercice, immigration de professionnels formés à l'extérieur, ou ayant émigré, mais aussi nombre de temps plein, perspectives de retraite.... Ce qui n'est généralement pas le cas.

Dans l'UE, la migration est favorisée par la reconnaissance mutuelle des diplômes, qui permet notamment d'exercer la médecine des deux côtés des frontières. L'étude de l'espace européen est donc un niveau d'analyse intéressant pour observer les pratiques migratoires dans un espace ouvert.

Dans le contexte démographique médical - quoique l'UE possède une densité médicale importante par rapport aux autres continents dans le monde - il existe également un déficit médical ou une tendance de déficit médical dans le futur très proche. Il faudrait que l'UE et les États membres interviennent à temps, tant dans les pays de départ des praticiens tels que la Roumanie que vers les pays d'accueil de ces derniers tels que le Royaume-Uni, afin de maintenir une densité médicale durable pour l'UE. Au regard de la politique, le Service d'intérêt

Général de Santé est une solution indirecte mais efficace pour améliorer l'offre des soins dans l'UE, étant entendu qu'une convention entre les médecins et la sécurité sociale encadre cette pratique. Par ailleurs, l'UE a besoin également d'intervenir d'un point de vue juridique en adoptant des textes de lois propres à couvrir ces migrations entre les différents États membres dans le but de mettre en œuvre toutes « les aides destinées à promouvoir la réalisation d'un projet important d'intérêt européen commun... » (art. 107 §3b TFUE) .

Pour cette raison, les modèles de projection de population professionnelle diffèrent de modèles ouverts tels que la liberté d'entreprendre ou des projections en population générale. Avec les services d'intérêt généraux, il ne s'agit pas de traiter indépendamment des entrées et des sorties de la population. Il s'agit de mettre en adéquation un flux d'entrée avec un stock de postes médicaux.

On constate que les pays qui recourraient à la migration massive pour ses professionnels de santé utilisent désormais les modèles de projection comme moyen pour simuler le chemin d'un retour à l'équilibre entre départs et entrées dans la profession médicale. Ceux qui faisaient peu appel à la migration (France) ou subissent l'émigration (Italie), intègrent cette variable tout en faisant des hypothèses d'un très faible niveau de mobilité spatiale, voire excluent la variable migration du modèle (Allemagne). Autrement dit, la migration semble davantage être dans les modèles de projection de population active, un problème à résoudre qu'une solution à la pénurie de médecins.

Cette conclusion recoupe les observations que l'on peut faire, hors de l'espace européen, entre pays autrefois d'immigration et pays peu marqués par l'appel à main d'œuvre étrangère.

L'Australie, pays cherchant à réguler une forte immigration, retient trois scénarios distincts: innovation et réformes des systèmes, immigration et autre. Un scénario étudie l'effet de la migration sur l'offre. Les hypothèses sont formulées en termes de réduction de la dépendance aux migrations extérieures : les résultats sont les suivants : une autosuffisance moyenne consiste à réduire cette dépendance de 50% de la situation actuelle ce qui donne une offre de médecins offre de 102 626 etp, une demande de 111 926, soit un écart de 9 300 et un nombre de formés à obtenir de 4 636. Dans ce cas, pour réduire de moitié l'immigration de personnes étrangères, il faudra accroître les capacités de formation de 30%.

De même, en Israël, pays de forte immigration, le nombre de praticiens immigrants est fixé par hypothèse comme constant et assez élevé. Cela étant, l'accroissement des étudiants du pays pourrait quand même faire baisser ce nombre. Les projections à 2025 montrent néanmoins que le rapport médecins/malades se dégradera tout de même car le niveau actuel d'immigration ne pourra pas compenser le manque de la formation nationale.

A l'inverse, le modèle Canadien de projection se fonde sur des hypothèses de faible migration. Il a pour objectif de comprendre et de quantifier les différents facteurs qui affectent l'offre et la demande de médecins, calculer les pénuries probables, et identifier les leviers politiques possibles pour réduire les disparités (quotas de formation, immigration, retard dans les départs à la retraite, productivité) ainsi que développer les scénarios pour relever le défi des ressources humaines. Les données proviennent des enregistrements de médecins qui reviennent dans le pays et le nombre des médecins à l'étranger connu par les statistiques d'immigration. L'hypothèse de migration est constante, à 1 023, basée sur le nombre d'étudiants internationaux qui ont passé l'examen RN en 2007. Dans l'Ontario la migration est mesurée par les flux de déplacement après le stage de fin d'études. Le taux annuel de migration est faible, de l'ordre de 0,1% du stock.

Au Japon l'immigration n'a pas été considérée comme un apport significatif compte tenu du fait que le nombre de médecins formés à l'étranger qui a passé l'examen de licence japonais est proche de zéro.

## Discussion

Les constats qui viennent d'être dressés doivent être interprétés avec prudence car il n'existe pas encore de système standardisé de collecte de données sur les professionnels de santé. L'Ipums, l'Observatoire Européen sur les politiques de santé et l'Ocde font de gros efforts pour publier les données nationales, mais leur comparaison est délicate faute de concepts communs. Par ailleurs, les modèles de prévision et de projection de population des professionnels de santé sont disparates, car les buts poursuivis par les décideurs politiques sont parfois opposés.

## Références

Bartlett W, Bozиков J, Rechel B. (2012) Health Reforms in South-East Europe. In Health workforce mobility and policy response in south east Europe. Diana Ognyanova and Reinhard Busse (dir) published by Palgrave macmilan

Buchan J, Baldwin S and Munro M (2006) MIGRATION OF HEALTH WORKERS: THE UK PERSPECTIVE TO 2006 (2008)

Cash, R., and P. Ulmann (2008), "Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé: Le cas de la France", OECD Health Working Papers, No. 36, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/236145847751>.

Clemens M (2009) A Fundamental Reconsideration of Skilled-Worker Mobility and Skill Flow. United Nations Development Programme- Human Development Reports Research Paper 2009/08.

Chaloff J (2008). OECD Health Working Paper No. 34 Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy. OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. 34, 1-40. 26-11-2008. Paris-France.

Connell J, Stilwell B (2006). Merchants of Medical Care: Recruiting agencies in the global health care chain. Merchants of Labour. ILO, 2006.

Dumont JC, Zurn P (2007). Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés. OCDE. SOPEMI-Edition 2007, 171-244. 12-6-2007. Perspective des migrations internationales. Page 207.

Evans RG, McKeown T (2008) Meet Fidel Castro: Physicians, Population Health and the Cuban Paradox Go to: Thomas McKeown, rencontre avec Fidel Castro: Médecins, santé de la population et paradoxe cubain. Health Policy. 2008;3(4):21-32.

Galan A, Olsavszky Institute of Public Health Bucharest . WHO Country Office Heidsieck H (2011). Le défi Italien de la fuite des cerveaux. Gouvernement français. 01-23. 1-12-2011,



disponible à l'adresse :[http://www.collectif-papera.org/IMG/pdf/fuite\\_cerveaux\\_SMM12\\_006.pdf](http://www.collectif-papera.org/IMG/pdf/fuite_cerveaux_SMM12_006.pdf)

Hennion, S. (2013). Service public de santé et droit européen. *Revue de droit sanitaire et social*, (N°1), 45.

HENSE (2012), *Review of Medical and Dental School Intakes in England*, Department of Health, Leeds, <https://www.wp.dh.gov.uk/publications/files/2012/12/medical-and-dental-school-intakes.pdf>.

Kritz MM (2013). Sending Country Determinants of International Student Mobility. 2013:23.

Israel, (Ministry of Health, 2010). In DELSA/HEA/WD/HWP(2013)3 26

Ministry of Health (2010), *Metodologia di ripartizione del numero di contratti per le specializzazioni mediche anno accademico* [Methodology for allocating the number of contracts for specialised medical academic year 2010/2011], Rome.

Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>

Pham Ngoc Tam Thanh « L'Approche démographique de l'offre de soins dans les États de l'UE, thèse "L'offre des soins médicaux dans l'UE". Thèse soutenue à l'Université de Rennes 1 en septembre 2014.

Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras(2011) J. Health Professional Mobility and Health Systems - Evidence from 17 European countries. United Kingdom (Observatory Studies Series N° 23): World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011:1–597.

Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, Ginneken E van (2011) . Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies. United Kingdom (Observatory Studies Series N° 22): The European Observatory on Health Systems and Policies; 2011:1–376;

WHO (2010) Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel by the World Health Assembly in May 2010.

Wienke G.W. Boerma, Therese A. Wiegers, Valentina Baltag, and et al. Evaluation of structure and provision of primary care in Romania. 01-108. 2012. World Health Organization-Regional office for Europe. Page 14.

Zurn P and Dumont JC (2008) HEALTH WORKFORCE AND INTERNATIONAL MIGRATION: CAN NEW ZEALAND COMPETE?