

## Conclusion

### Médecins mobiles: parcours innovants, politiques inadaptées

Anna Krasteva

#### *Visibilisation et dramatisation*

Un prix sur la migration la plus discutée, déplorée, dramatisée serait incontestablement gagné par la migration en blanc. Les médecins mobiles sont les personnages favoris des media, tout un chapitre (Mariana Şovea) en détaille les stratégies médiatiques pour les mettre continuellement sur l'avant-scène publique. Cette visibilité, unique et incomparable, illustre la multidimensionnalité du phénomène : réel et imaginaire, politique et existentiel, européen et national. Elle atteste aussi de l'ampleur des enjeux : la santé publique et la sécurité humaine, mais aussi l'identité et la fierté nationale, les stratégies divergentes de l'Etat et de ses citoyens, les paradoxes de l'intégration européenne.

Visible, parce qu'exceptionnel, le caractère unique de la migration en blanc est fondé sur un quadruple capital social (Anna Krasteva): *professionnel*. Les médecins font partie des cerveaux mobiles, mais ne s'y fondent pas dans leur masse; *humanitaire*. Peu de professions sont honorées par un engagement comme le serment d'Hippocrate qui souligne le caractère exceptionnel de la médecine au service de la communauté ; *économique*. Le secteur de santé est un des plus importants et croissants dans les économies européennes. Le paradoxe positif de la profession médicale est qu'elle reste stable avec une demande – nationale et internationale - de médecins même en temps de crise économique ; *démocratique*. Les « Médecins sans frontières » sont le visage global de l'implication dans les conflits, guerres, crises, de l'engagement pour les droits de la personne. La dimension démocratique est doublement importante pour les pays post-communistes. Les médecins ont été parmi les acteurs sociaux les plus engagés pendant la première décennie de la démocratisation. Tout au long du développement post-communisme les médecins ont attesté de leur capacité à se mobiliser rapidement et fortement pour des enjeux professionnels et des causes politiques. Le potentiel démocratique est manifesté par leur engagement, ainsi que par le 'poids' de leur parole qui est plus écoutée par les autorités.

#### *Une migration, deux discours*

Exode, crise, perte, manque, déséquilibre... Migration heureuse, satisfaction, reconnaissance, réalisation professionnelle...

Une migration, deux discours, deux diagnostics, deux appréciations. Ce qui est considéré comme problème, symptôme et maladie dans le premier discours, est conçu comme solution dans le second. La migration en blanc est déplorée par les uns, célébrée par les autres.

La diversité des regards pose la question de l'instance de production des discours sur la migration des médecins et de leur légitimité. Qui est l'auteur légitime ?

Brain drain, fuite des cerveaux annonce l'auteur qui porte ce jugement négatif sur la migration sanitaire : l'Etat. Les principaux arguments sont en termes de dépenses : les études

en médecine coutent cher, les pays les plus pauvres de l'UE – la Bulgarie et la Roumanie – se transforment en bailleurs des pays mieux dotés comme la France. Cet argument est renforcé par les frais de formation : *« Cette perte comporte deux composantes, à savoir : le coût de la formation et le coût de la spécialisation. Le coût de la formation est représenté par les dépenses publiques (éducation, santé, etc.) qu'un Etat doit réaliser pour produire un " adulte bien formé " pour le marché du travail jusqu'à l'âge de 18 ans, l'âge de majorité en Roumanie. Le coût de la spécialisation reflète les ressources publiques investies dans la formation professionnelle supérieure, comme c'est le cas des médecins. »* (Viorica - Cristina Cormoș).

Ce discours conçoit le corps médical en termes d'investissements et d'(in)efficacité. Réitéré à l'infini, banalisé, il atteste de l'incapacité de l'Etat à appréhender le caractère spécifique de la profession médicale. Le dit de ce discours est prévisible et plat, les années n'ajoutent ni plus de compréhension, ni nouveaux arguments.

Le non-dit est aussi significatif que le dit. L'Etat refuse, s'obstine dans son incapacité à lire la migration sanitaire comme discours, comme critique radicale du système de santé :

*Le 14 janvier 2014 à la cérémonie officielle de remise des diplômes de l'Académie de médecine à Sofia le meilleur étudiant déclare : 80 % des jeunes médecins veulent se réaliser à l'étranger. Statistiques honteuses, résultat de la négligence du secteur de santé !* (Denitza Kamenova & Ildiko Otova)

*Les jeunes médecins fuient la Roumanie par peur du cancer bureaucratique qui ronge les hôpitaux.* (Mariana Șovea)

*Une des plus grandes satisfactions que le médecin d'Oradea a dans l'hôpital d'Albi est que le soin du patient représente sa seule préoccupation. Maintenant elle ne doit plus penser au fait qu'elle peut arriver à l'hôpital et découvrir qu'elle ne dispose pas des médicaments nécessaires pour traiter ses patients. Ici (en France) cela n'arrive jamais. Il n'y a pas de restrictions quant il s'agit des médicaments. [...] « Le médecin spécialiste est très apprécié. [...] Ici le médecin est regardé comme un dieu qui protège la santé des patients »* (Mariana Șovea).

Dans le discours des acteurs, des médecins mobiles, la migration est conçue comme un 'retour chez-soi', dans le haut de la profession. L'éloignement médecins – patients dans le pays d'origine est ressenti et renforcé des deux côtés de la relation : méfiance et sensibilité accrue pour les fautes des médecins de la part des patients, frustration du manque de respect et de reconnaissance de leur travail de la part des médecins. Le rapprochement médecins - patients, la confiance, le respect, la reconnaissance sont des facteurs pull puissants.

Paradoxalement, les discours de l'Etat et des médecins étaient moins éclatés pendant le régime communiste : les pays étaient fermés, mais les médecins étaient parmi les rares professionnels mobiles. Cette mobilité était limitée, régulée et managée par l'Etat, les médecins ne jouaient que second violon. Les médecins, pourtant, profitaient et jouissaient de cette relative liberté et mobilité. Aujourd'hui les médecins jouent le premier violon. Leur discours s'oppose à celui de l'Etat et l'emporte en légitimité et impact. Il exprime la revendication largement partagée par l'écrasante majorité des citoyens d'être les seuls auteurs de leurs projets migratoires. La migration des médecins est la critique la plus radicale des réformes ratées. Elle s'affirme comme la réponse logique et adéquate au manque de visions,

stratégies et politiques appropriées. Face au capital symbolique et politique de la migration des médecins, le discours de l'Etat perd en légitimité.

### *Acteurs versus système*

Acteur ou système est un dilemme dont l'étude dépasse les ambitions théoriques de cet ouvrage. Nombres de données et analyses attestent de l'importance des facteurs structurants et confirment la conclusion du couple migratoire Roumanie/Bulgarie - France. Je soulignerais ici la perspective opposée, les analyses qui invalident des hypothèses et explications faciles, mais d'autant plus répandues, indiquant comment les acteurs échappent aux déterminismes ou exigences des systèmes. La conclusion de Despina Vasilcu que l'adhésion européenne, à l'opposé des prévisions et idées reçues, n'a pas produit une nouvelle vague de migration sanitaire, est parmi les plus intéressantes de l'étude. Les parcours des médecins suivent moins la géographie des niches du système de santé, ses déficits et besoins, et réussissent plus à réaliser les projets migratoires individuels. Le besoin de médecins en France est le plus aigu en milieu rural, la migration sanitaire est plus concentrée en milieu urbain : « 94,5 % des médecins immigrés exercent dans le milieu urbain, dans les centres hospitaliers ou dans les cliniques privées, contre seulement (5,5 %) dans les cabinets médicaux du milieu rural » (Despina Vasilcu).

La puissance des agences de recrutement qui ouvrent de nouveaux horizons migratoires, qui transforment la logique push-pull en pull-push, en attractivité qui précède le projet migratoire pour le créer, former et diriger est un thème prometteur à creuser et explorer. L'ouvrage montre que cette puissance pour le moment est plus médiatique et imaginaire que réelle, il n'y a que 10% des médecins mobiles qui y ont fait recours (Despina Vasilcu) ; pour l'énorme majorité le choix a été individuel ou familial.

### *Flux ou fluidité*

« Les causes de la migration médicale se retrouvent dans les facteurs généraux du type " Push " and " Pull ", qui sont : salaires réduits versus salaires attractifs, conditions de travail difficiles versus technologies médicales nouvelles, impossibilité du développement professionnel versus instruction médicale avancée et haute spécialisation des services médicaux, danger accentué pour la santé versus sûreté personnelle et familiale, mauvaises conditions de vie et infrastructure des localités peu développée versus conditions de vie satisfaisantes, etc. » (Viorica-Cristina Cormoş)

Deux interprétations concourent dans le livre. Dans l'interprétation push-pull inspirée par la théorie migratoire néo-classique et la théorie du capital social *les flux l'emportent sur les acteurs*, les mêmes causes produisent les mêmes réponses migratoires.

La seconde interprétation part des déficits théoriques de la première : la flèche visualise le mouvement du pays d'origine vers le pays d'accueil et par sa forme claire, solide, déterminée et prévisible illustre le 'grand narratif' de ce paradigme théorique. Ces explications, valides pour les grandes migrations de masses, sont moins adaptées aujourd'hui à la circulation des cerveaux dans un marché de plus en plus globalisé ou les hautement qualifiés circulent sur des modes de plus en plus variés et de plus en plus individualisés. *De la migration à la mobilité* résume le second pilier de cette interprétation qui s'exprime dans la transition *de l'installation dans le pays d'accueil vers l'installation dans la mobilité*. La migration classique est de plus en plus accompagnée de l'expérimentation de nouveaux modes qui relèvent plus de la mobilité que de l'installation : allers et retours entre le pays

d'origine et le pays d'accueil pour profiter des avantages professionnels de chacun d'eux, pratique transnationale - cabinets dans deux pas, migration d'un pays non européen vers un pays européen, en occurrence la Bulgarie, avant un second départ vers un autre pays encore « plus » européen, en occurrence la France (Anna Krasteva).

*L'acteur l'emporte sur le flux* dans la seconde interprétation qui se résume en trois tendances : le passage des flèches aux spaghettis, la diversification des parcours et des projets migratoires, les rapports dynamiques entre migration et mobilité; l'émergence de formes innovantes de mobilité comme le transnationalisme ; l'émergence de la figure du médecin mobile capable de gérer son capital mobilitaire et qui devient l'auteur de son projet migratoire.

Un médecin roumain en France (Cristina Hermeziu) crée et maintient régulièrement un blog médical comme guide pour les nouveaux et futurs migrants. La diaspora digitale s'avère plus efficace et adaptée que les politiques. La gouvernance tarde à s'adapter à la réalité mouvante et fluide des parcours migratoires et à appliquer des politiques innovantes pour ressourcer les médecins - installés, mobiles ou migrants. Beaucoup de médecins réussissent à mobiliser la migration comme ressource, on attend des institutions d'être à la hauteur des médecins mobiles. Parce que, comme nous le rappelle un médecin 'sans frontières', les médecins appartiennent à leur pays, mais au monde entier aussi.