

Article original

Comparaison des caractéristiques et des motivations des médecins expatriés français et britanniques

Comparison of British and French expatriate doctors' characteristics and motivations

R. Abbas^a, D. Carnet^b, P. D'Athis^a, C. Fiet^a, G. Le Breton^c, M. Romestaing^c, C. Quantin^{a,*,d}

^aService de biostatistique et informatique médicale, CHU de Dijon, BP 77908, 21079 Dijon cedex, France

^bFaculté de médecine, université de Bourgogne, 21000 Dijon, France

^cConseil national de l'ordre des médecins, 75000 Paris, France

^dInserm U 866, université de Bourgogne, 21000 Dijon, France

Reçu le 24 juillet 2012 ; accepté le 1 décembre 2014

Disponible sur Internet le 19 janvier 2015

Abstract

Background. – Migration of medical practitioners is rarely studied despite its importance in medical demography: the objective of this study was to analyze the characteristics and motivations of the French doctors settled in the United Kingdom and of the British doctors settled in France.

Methods. – This cross-sectional study was conducted using a self-completed questionnaire sent to all French doctors practicing in the United Kingdom (in 2005) and all British medicine doctors practicing in France (in 2009). The doctors were identified with official data from the National Medical Councils: 244 French doctors practicing in the United Kingdom and 86 British doctors practicing in France. The questionnaire was specifically developed to determine the reasons of moving to the other country, and the level of satisfaction after expatriation.

Results. – A total of 98 French doctors (out of 244) and 40 British doctors (out of 86) returned the questionnaire. Respondents were mainly general practitioners with a professional experience of 8 to 9 years. The sex ratio was near 1 for both groups with a majority of women among physicians under 50 years. The motivations were different between groups: French doctors were attracted by the conditions offered at the National Health Service, whereas British doctors were more interested in opportunities for career advancement, joining husband or wife, or favourable environmental conditions. Overall, the respondents considered expatriation as satisfactory: 84% of French doctors, compared with only 58% of British doctors, were satisfied with their new professional situation.

Conclusion. – This study, the first in its kind, leads to a clearer understanding of the migration of doctors between France and the United Kingdom.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Medical emigration; Great Britain; Recruiting; Health system; France

Résumé

Position du problème. – Les phénomènes migratoires dans les populations de médecins étant encore peu étudiés, malgré l'importance de connaître la démographie médicale, cette étude vise à déterminer les caractéristiques et les motivations des médecins français installés au Royaume-Uni et des médecins britanniques installés en France.

Méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale par auto-questionnaire adressé en 2005 à tous les médecins français exerçant en Grande-Bretagne et en 2009 à tous les médecins britanniques exerçant en France, en utilisant les données officielles des conseils nationaux de médecins. Ce questionnaire, développé pour l'étude et envoyé par courrier, explorait les motivations d'expatriation, ainsi que le niveau de satisfaction des nouvelles conditions de vie.

Résultats. – Au total, 98 médecins français (sur 244) et 40 médecins britanniques (sur 86) ont répondu, essentiellement des généralistes avec une expérience professionnelle de 8 à 9 ans. Le sex-ratio était proche de 1 dans les 2 groupes avec une majorité de femmes chez les moins de 50 ans. Les motivations différaient : les médecins français étaient intéressés par le système de soin (*National Health Service*) alors que les

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : catherine.quantin@chu-dijon.fr (C. Quantin).

britanniques étaient attirés par les perspectives d'évolution de carrière, le rapprochement familial et les conditions environnementales (climat favorable du sud de la France). Dans l'ensemble, les médecins considéraient l'émigration comme une expérience satisfaisante : 84 % des médecins français étaient satisfaits de leur nouvelle situation contre 58 % des médecins britanniques.

Conclusion. – Cette étude, la première en son genre, fait mieux comprendre les migrations de médecins entre la France et le Royaume-Uni.
© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Migration internationale ; Royaume-Uni ; France ; Recrutement ; Système de santé

1. Introduction

La migration médicale est une donnée d'importance que l'on doit analyser finement pour tenter de la réguler à l'échelle collective et d'en tirer le meilleur parti à l'échelle individuelle.

Les médecins sont des travailleurs hautement diplômés, leurs migrations suivent donc la logique connue des migrations des travailleurs qualifiés ou « fuite des cerveaux ». Leurs principaux motifs d'émigration sont évidents [1] : amélioration de leur qualité de vie (niveau de sécurité supérieur, augmentation des revenus, meilleure éducation des enfants. . .) et de leurs perspectives professionnelles.

Les médecins migrants suivent ce qui pourrait être qualifié de hiérarchie de la richesse : ils migrent vers un pays susceptible de leur offrir une meilleure situation que celui dans lequel ils résident [2,3]. Ce phénomène est appelé migration en carrousel ou en pyramide. On remarque, par exemple, que des médecins zambiens émigrent en Afrique du Sud alors que des médecins sud-africains émigrent au Royaume-Uni, que des médecins britanniques migrent vers le Canada, qui lui-même voit une partie de ses médecins partir aux États-Unis. Les États-Unis semblent être au sommet de cette pyramide, puisque c'est le seul pays dont le solde migratoire net des professionnels de santé est positif vis-à-vis de tous les autres pays [4]. Cependant, les migrations médicales ne concernent pas exclusivement des mouvements des pays en voie de développement vers des pays plus développés mais aussi des mouvements entre pays développés [5–7]. Ces mouvements migratoires répondent à d'autres facteurs que ceux largement décrits par les migrations en pyramide. Pour tenter de décrire ces facteurs, il semble intéressant de se pencher sur le cas de la France et du Royaume-Uni, qui présentent des orientations politiques très contrastées en matière de régulation de la main d'œuvre médicale. Le système britannique est organisé avec une logique très différente du système français, notamment en termes de parcours de soins et de gestion de son budget. Le *National Health Service* (NHS) est le système de soins en vigueur au Royaume-Uni depuis 1948. C'est un service public financé par l'impôt, dont le budget est contrôlé par l'état. Depuis 1990, le Royaume-Uni a opté pour une gestion décentralisée de sa politique de santé, et la responsabilisation d'une partie des acteurs du système de santé. Le territoire est partagé en grandes régions sanitaires. Chacune est gérée par des institutions (*Health Authorities*, *Primary Care Trust* ou PCT, etc.) qui, bien que dépendantes du ministère de la Santé (*Health Department*), reçoivent un budget du NHS. Elles sont encouragées à décliner sur le plan local et de façon décentralisée la politique du NHS. Les PCT, par exemple,

allouent les financements des différentes structures de soins primaires et contribuent également à orienter et à arbitrer les politiques locales de prévention. Ce système est doublé d'un pilotage contractuel qui prévoit de mesurer l'atteinte des objectifs fixés par le NHS, ce qui signifie que chaque région ou district est évalué à partir de l'atteinte des objectifs. Si tel est le cas, les praticiens touchent des primes d'objectifs, et les PCT peuvent être évalués et comparés. Des audits sont réalisés de manière à optimiser le fonctionnement et l'adaptation de l'offre de soins à la santé de la population concernée.

Le NHS est, lui aussi, confronté à des problèmes de démographie médicale et d'augmentation de ses dépenses, qu'il entend gérer en favorisant l'immigration. Début 2002, les employeurs anglais du NHS (hôpitaux et cabinets de médecine générale) reçoivent les consignes pour le recrutement de médecins étrangers [8]. Elles seront ensuite généralisées avec le *Global Recruitment Scheme* [9] (ou schéma global de recrutement) en 2003. Une agence privée a été chargée de répertorier les postes vacants en Grande-Bretagne et les candidats étrangers volontaires. La campagne de recrutement a tout d'abord été lancée dans des pays européens [10] (Espagne, Allemagne, France). En effet ceux-ci ne font pas partie de la liste de pays dans lesquels le Royaume-Uni s'est engagé à ne pas faire de « recrutement actif » devant leurs difficultés à retenir les médecins sur leur territoire [11]. Compte tenu de la reconnaissance des diplômes entre pays de l'UE les démarches sont facilitées dans le cas de candidats européens, et le test de maîtrise de la langue, obligatoire pour les candidats non européens, n'est pas nécessaire pour eux (les employeurs ont malgré tout le devoir de s'assurer que leurs niveaux à l'oral et à l'écrit sont suffisants, si besoin ils peuvent leur proposer une formation). Le RU dispose d'autres stratégies de recrutement de médecins étrangers sur son territoire. Il est le seul pays de l'UE à avoir des nombreux accords bilatéraux de recrutement et de coopération, notamment avec la Chine, l'Afrique du sud et l'Inde. En 2005, parmi les nouveaux enregistrements de médecins auprès du GMC, 68 % concernaient des médecins formés à l'étranger. Le nombre total de médecins formés à l'étranger était estimé à un peu moins de 70 000, soit 33 % des médecins inscrits.

En France, l'immigration n'a qu'un impact marginal sur la démographie médicale. En 2010, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) [12] évaluait le nombre de médecins formés à l'étranger à 10 165, soit 4,7 % du nombre total de médecins inscrits à l'ordre. L'accueil de médecins étrangers ne permet pas de résoudre les problèmes de répartition des médecins sur le territoire, qui est caractéristique

du système de santé français, qui n'impose aucune obligation mais seulement des primes à l'installation dans des zones isolées.

La recherche d'une amélioration des conditions de vie ou des perspectives de carrière n'est pas le seul paramètre intervenant dans le choix de l'émigration entre le Royaume-Uni et la France. Les politiques de régulation de l'offre de soins et de l'exercice de la médecine tiennent une place particulièrement importante. Les liens culturels, historiques ou la proximité géographique entre ces deux pays peuvent également intervenir. C'est pourquoi nous avons décidé d'étudier les caractéristiques et les motivations des médecins britanniques installés en France et des médecins français installés au Royaume-Uni, pour tenter de cerner plus précisément les raisons de ces migrations.

2. Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude observationnelle transversale sur les caractéristiques et les motivations des médecins britanniques installés en France et des médecins français installés au Royaume-Uni. Cette étude a été organisée en deux parties : nous avons interrogé successivement les médecins formés en France puis ceux formés en Grande-Bretagne qui ont fait le choix de l'émigration.

Les bases de sondage utilisées provenaient de données officielles issues des Conseils nationaux de l'ordre des médecins britannique et français. Ces conseils sont chargés d'établir et de maintenir à jour un tableau recensant l'ensemble des docteurs en médecine autorisés à exercer. Dans une première partie, les médecins formés en France et exerçant en Grande-Bretagne ont été recensés par le biais du registre du *General Medical Council* (GMC) en 2005. Les résultats de cette première partie ainsi que les méthodes et le questionnaire utilisés ont déjà été publiés [13,14]. La deuxième partie de l'étude s'adressait aux médecins de nationalité britannique inscrits au CNOM en 2009. Le CNOM nous a proposé d'adresser les questionnaires par voie postale. Il n'était pas possible de contacter directement les médecins concernés. Par ailleurs, le CNOM disposait de données sociodémographiques sur l'ensemble des médecins inscrits, ce qui nous a permis de faire une analyse descriptive de l'ensemble de la population concernée et d'évaluer la représentativité de l'échantillon des répondants.

Les médecins qui ont obtenu leur diplôme avant de s'expatrier soit en Grande-Bretagne soit en France ont été interrogés sur les raisons qui les ont motivés. Les caractéristiques démographiques et les raisons de leur émigration ont été recueillies par un auto-questionnaire qui reprend les mêmes items pour les deux populations ; il est inspiré de l'étude de Ballard et al. publiée en 2004 [15]. La construction de ce questionnaire a été supervisée par un comité de pilotage. Il a ensuite été testé par trois médecins volontaires afin d'évaluer la clarté des réponses et le temps de réponse (estimé à trois minutes) avant d'être confié au CNOM qui a organisé le premier envoi ainsi que les trois relances.

Ce questionnaire présentait plusieurs parties : une description de la situation professionnelle, une cotation du niveau de satisfaction professionnelle et personnelle avant et après le départ (évaluée sur une échelle de 1 pour très insatisfait à 5 pour très satisfait), une exploration des motivations à l'émigration, une estimation de la durée prévue d'émigration et d'un éventuel changement de nationalité. L'anonymat des répondants a été respecté. Les questionnaires ont été saisis de manière anonyme sur base de données informatique. Les données concernant la répartition régionale des ressortissants britanniques en France sont issues du recensement de la population en 2010 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

3. Résultats

Suite à l'envoi du questionnaire aux 264 médecins répertoriés en 2005 par le GMC comme français, nous avons obtenu 98 réponses. Nous avons eu, par ailleurs, 20 retours pour erreur d'adresse, ceci conduisant à un taux de réponse d'environ 40 % (98 sur 244). Parmi les 86 médecins britanniques exerçant en France recensés par le CNOM, nous avons reçu 40 réponses, soit 46,5 %. De la même manière que pour la première étude, 14 réponses provenaient de médecins britanniques qui n'avaient pas effectué la totalité de leurs études médicales en Grande-Bretagne. Ces réponses n'ont pas été prises en compte pour l'analyse des motivations à l'émigration. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative ($p = 0,52$ test de comparaison du χ^2) dans la proportion de médecins britanniques qui n'avaient pas effectué la totalité de leurs études médicales en Grande-Bretagne entre notre échantillon de répondants (33 %) et la base de données exhaustive du CNOM (39 %). Nous n'avons pas non plus retrouvé de différence significative dans les caractéristiques sociodémographiques (âge et sexe) entre notre échantillon de répondants britanniques installés en France et la population recensée par le CNOM. Nous estimons donc que notre échantillon de répondants est représentatif en ce qui concerne l'âge et le sexe.

La répartition des sexes était assez équilibrée dans les deux groupes de répondants (Fig. 1) avec une tendance légèrement plus marquée à la féminisation pour les expatriés britanniques (sex-ratio de 0,95 pour les Français contre 0,85 pour les Britanniques). La moyenne d'âge était de 47 ans pour les Britanniques et de 44 ans pour les Français. On a observé dans les deux groupes de répondants une majorité de femmes dans les classes d'âge jeune (moins de 50 ans) et une majorité d'hommes parmi les plus âgés.

Les médecins interrogés s'estimaient d'un bon niveau de langue. Seuls 19 % des médecins français et 11 % des médecins britanniques ont déclaré avoir un faible niveau de langue avant émigration. La langue ne semble pas avoir été une barrière à l'émigration car même ceux qui s'estimaient d'un faible niveau n'ont pas souhaité bénéficier de cours de langue après l'émigration.

De nombreuses spécialités médicales sont représentées dans ces deux groupes de répondants (Tableau 1). La proportion de médecins généralistes était importante dans les deux groupes,

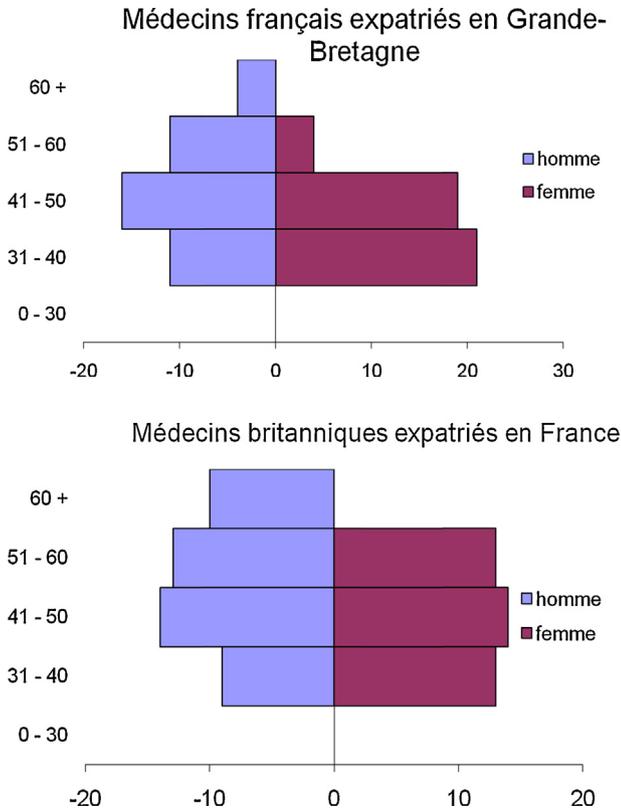


Fig. 1. Pyramides des âges.

48 % pour les médecins généralistes français et 41 % pour les médecins britanniques. Les médecins généralistes étaient plutôt représentés par des femmes : 58 % des médecins français et 57 % des médecins britanniques.

Cette émigration intervenait à la même période de la vie professionnelle dans les deux groupes. En effet, la durée d'exercice professionnel avant l'émigration était proche : 8 ans en moyenne pour les médecins français contre 9 ans pour les médecins britanniques.

Avant émigration, seulement 32 % des médecins français exerçaient dans le secteur public contre 67 % des médecins britanniques. Après émigration, les médecins français ont opté

en majorité (68 %) pour le secteur public et les médecins britanniques y sont restés majoritairement (67 %).

Nous avons observé trois motifs principaux d'émigration : l'émigration pour raisons personnelles, pour des raisons professionnelles et pour des raisons personnelles et professionnelles associées. Dans les deux groupes, les motivations étaient principalement mixtes (Fig. 2), mais les motifs évoqués étaient sensiblement différents. La majorité des médecins français (59 %) et des médecins britanniques (65 %) déclarent s'être expatriés pour des raisons professionnelles et familiales, indépendamment de leur mode d'exercice libéral ou hospitalier. Pour les médecins français, les motivations professionnelles ont été mises en avant. Il s'agissait principalement de l'augmentation des revenus [16] et d'une amélioration des conditions de travail, avec notamment une meilleure reconnaissance des travaux de recherche et d'enseignement. Dans ce même groupe, les motivations personnelles concernaient en premier lieu un attrait pour la culture anglaise puis en second lieu des raisons familiales. Très peu de médecins britanniques ont déclaré avoir émigré pour des raisons purement professionnelles. Parmi les médecins britanniques ayant rapportés des motivations mixtes, les principales étaient l'intérêt du poste avec notamment une perspective d'évolution de carrière, et l'insatisfaction vis-à-vis des conditions de travail en Grande-Bretagne qui ne leur permettaient pas de concilier vie professionnelle et vie personnelle, en particulier ceux ayant un conjoint en France. Effectivement, dans ce groupe, les motivations personnelles étaient en premier lieu

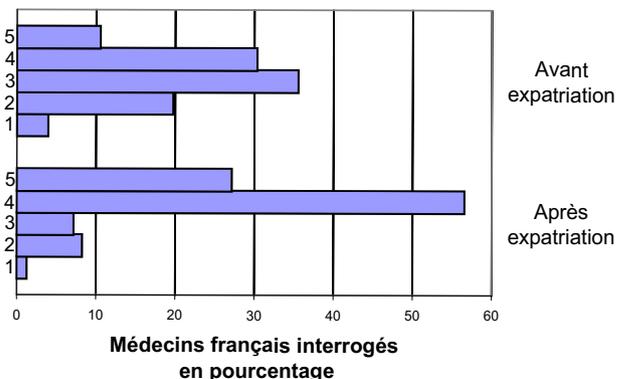
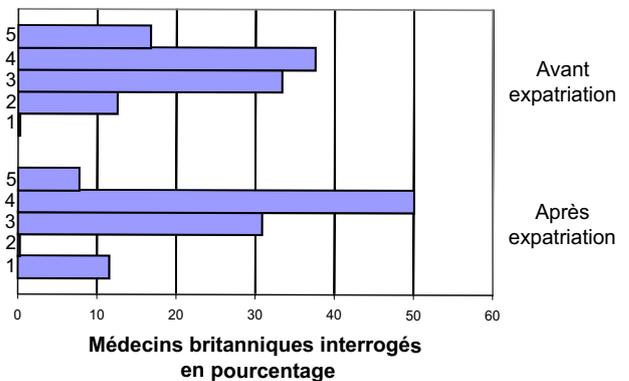


Fig. 2. Évolution du niveau de satisfaction professionnelle avant et après expatriation.

Tableau 1 Répartition par discipline médicale des médecins interrogés.

Discipline	Médecins français expatriés en Grande-Bretagne (%)	Médecins britanniques expatriés en France (%)
Médecin généraliste	48	60
Spécialité médicale	22	14
Psychiatre	6	9
Anesthésiste-réanimateur	9	7
Spécialité chirurgicale	7	4
Pédiatre	3	1
Gynécologue-obstétricien	1	1
Autres	4	4
Total	100	100

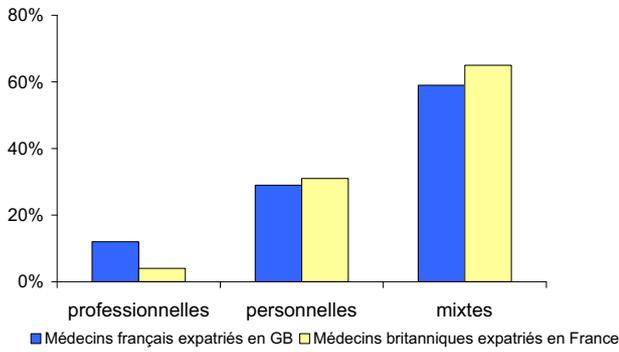


Fig. 3. Types de motivations expliquant l'expatriation chez les médecins français et britanniques.

des raisons familiales puis en second lieu un attrait pour la culture française.

Les médecins qui se sont expatriés pour des raisons uniquement professionnelles représentaient 12 % des médecins français et 4 % des médecins britanniques. Il s'agissait essentiellement d'hommes de plus de 40 ans qui recherchaient une augmentation de leurs revenus. Les médecins qui s'étaient expatriés pour des raisons uniquement familiales représentaient 29 % des médecins français et 31 % des médecins britanniques. Il s'agissait quasi exclusivement de cas de rapprochement familial.

Dans l'ensemble, les médecins interrogés ont considéré leur émigration comme une expérience satisfaisante (niveau de satisfaction moyen à 4/5).

Avant émigration, la proportion de médecins satisfaits ou très satisfaits de leur situation professionnelle était plus importante chez les médecins britanniques (54 %) que chez les médecins français (41 %) (Fig. 3). Après émigration, le rapport des proportions s'est inversé : 84 % des médecins français étaient

satisfaits ou très satisfaits de leur situation professionnelle contre 57 % de médecins britanniques. La progression du niveau de satisfaction de chaque médecin a permis d'évaluer le bénéfice ressenti suite à l'émigration. Sur le plan professionnel, 54 % des médecins français et 50 % des médecins britanniques considéraient que cette émigration leur avait permis d'accéder à une situation plus satisfaisante. Toutefois, 12 % des médecins français et 19 % des médecins britanniques déploraient une dégradation du niveau de satisfaction professionnelle. Pour les médecins britanniques, il s'agissait plutôt de généralistes exerçant dans le secteur privé. Certains d'entre eux mettaient en avant les difficultés administratives qui alourdissaient leur charge de travail, d'autres déploraient un manque de reconnaissance de la part de leurs collègues médecins de spécialité. Sur le plan personnel, les médecins britanniques étaient globalement satisfaits. En effet, la plupart des médecins britanniques envisageait de s'installer en France de manière durable (durée prévue du séjour en France supérieur à 10 ans ou installation définitive), même si pour 73 % d'entre eux, ils ne souhaitaient pas demander la nationalité française. Les médecins britanniques se sont préférentiellement installés sur les zones côtières du sud de la France et sur la région parisienne (Fig. 4). Ces régions d'implantation ne recourent que partiellement la répartition de leurs compatriotes britanniques installés en France, que l'on retrouve sur le quart Sud-Ouest, la Bretagne et la région parisienne (Fig. 5).

4. Discussion

Cette étude nous a permis de montrer les grandes caractéristiques et les motivations des médecins britanniques installés en France et des médecins français installés au Royaume-Uni.

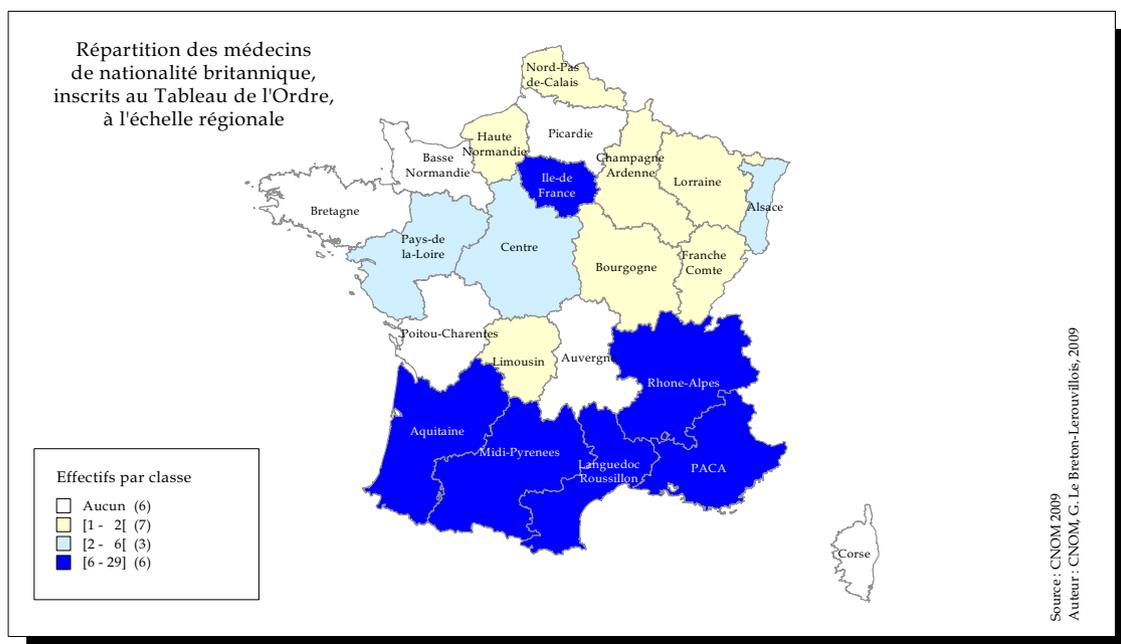


Fig. 4. Répartition géographique des médecins de nationalité britannique en activité régulière.

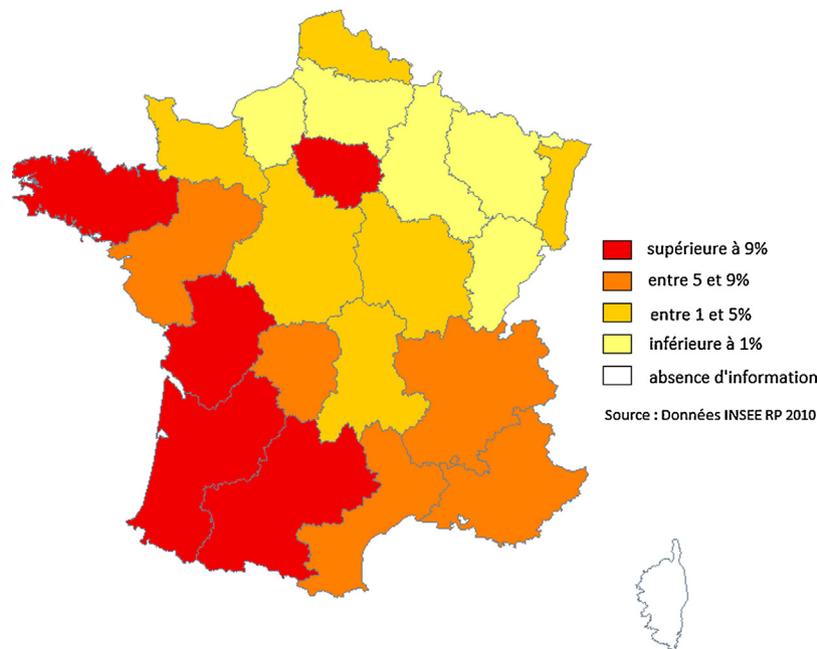


Fig. 5. Répartition régionale des ressortissants britanniques en France.

Dans l'ensemble, les médecins interrogés sont satisfaits de leur émigration, mais les raisons de cette satisfaction ne sont pas les mêmes dans les deux pays. Chez les médecins britanniques les raisons sont essentiellement personnelles alors que chez les médecins français elles sont plus d'ordre professionnel. En effet, après émigration, les médecins français étaient plus souvent satisfaits de leur situation professionnelle que les médecins britanniques, avec pour certains une dégradation de leur niveau de satisfaction professionnelle.

Toutefois, malgré ces difficultés professionnelles, la plupart des médecins britanniques envisagent de s'installer en France de manière durable, voire définitive. Même si le questionnaire ne prévoyait pas d'items spécifiques à une motivation d'ordre géographique ou environnementale, l'analyse de la répartition des médecins britanniques sur le territoire français montre une attraction très nette pour les zones côtières du Sud de la France ainsi que pour la région parisienne. Cette répartition recoupe en partie l'implantation des ressortissants britanniques en France. Les médecins britanniques auraient été attirés par la possibilité d'un rapprochement familial (conjoint travaillant en Île-de-France), par la possibilité de profiter d'un climat plus tempéré ou par la présence d'une patientèle britannique potentielle dans certaines régions. Il n'a pas été possible d'obtenir la répartition géographique des médecins français installés au Royaume-Uni pour fournir une analyse symétrique.

Ce travail tente d'explorer des phénomènes de migration encore peu étudiés. Ainsi, il permet de donner un premier aperçu de la problématique tout en restant limité dans la profondeur d'analyse permise. Ceci peut être dû à la forme du questionnaire papier qui limite le nombre d'items à étudier. Pour des raisons déontologiques, l'envoi du questionnaire a été réalisé par le CNOM. Il n'a pas été possible d'envoyer un questionnaire court aux non-répondants, par conséquent leurs

motivations n'ont pas pu être décrites. Certaines questions restent encore non résolues, par exemple nous n'avons pas pu déterminer la manière dont le problème de la langue a été traité (recrutement de patients anglophones, coopération avec des collègues francophones, cours de langues spécialisés dans le domaine médical). Il n'a pas été possible de décrire en détail les facteurs déterminants la pénibilité des conditions d'exercice (revenus, horaires de consultation, nombres de patients ou nombre de prescriptions par jour). Dans certains cas, la profondeur de l'analyse a également été limitée par la petite taille des effectifs, ainsi nous n'avons pas pu analyser les différences de motivations entre les médecins exerçant une activité clinique et les médecins ayant essentiellement des activités de recherche. Dans cette étude, les taux de réponse étaient de 40 % et 40,6 %, ce qui peut paraître bas. Cependant, ces taux restent bien situés par rapport aux taux habituels dans le cadre d'enquêtes d'opinion menées auprès de médecins, qui peuvent aller de 12,4 % pour Watson et al. [17] à 53 % pour Whalley et al. [18]. Cette étude a été menée grâce aux bases de données officielles issues des conseils nationaux de l'ordre des médecins britannique et français, qui sont tenus par la loi de garantir la tenue de ces registres. Grâce aux données exhaustives du CNOM, nous avons pu montrer que notre échantillon de répondants présentait les mêmes caractéristiques sociodémographiques (âge et sexe) que l'ensemble des médecins britanniques exerçant en France. Ceci nous rassure quant à sa représentativité et quant à la précision des réponses des médecins britanniques émigrés en France. En effet, l'âge et le sexe nous semblaient être deux déterminants qui influent sur les motivations à l'émigration. Par ailleurs, comme l'ont montré Sax et al. [19], la méthode de l'auto-questionnaire papier présente plusieurs avantages. Elle permet notamment de limiter le biais lié aux non-réponses et le biais de l'interrogatoire.

Une des forces de cette étude est qu'elle permet d'analyser les migrations de médecins entre pays développés. En effet, la plupart des études sur ce sujet portent sur la migration de médecins provenant de pays en voie de développement vers des pays développés [20]. Les principales motivations qui expliquent la migration des médecins de pays en voie de développement vers les pays riches sont décrites par le concept du *push and pull* [21–24]. Le terme *push* regroupe les facteurs inhérents au pays d'origine qui poussent le travailleur à rechercher l'émigration. Il s'agit de facteurs tels que les faibles rémunérations, les mauvaises conditions de travail, l'instabilité politique et l'insécurité. Le terme *pull* à l'opposé désigne les facteurs propres au pays d'accueil, qu'il s'agisse d'actions volontaires ou non, qui provoquent un attrait de travailleurs étrangers. Il s'agit par exemple des meilleures rémunérations, d'un meilleur système de retraite, d'une forte demande d'embauche. Dans notre étude, les facteurs *push* déterminants dans la décision d'émigration ne sont pas retrouvés, ce qui suggère que les migrations de médecins entre le Royaume-Uni et la France suivent d'autres logiques. Comme l'ont montré plusieurs études [7,25,26], le Royaume-Uni et la France sont deux pôles d'attraction pour l'ensemble des médecins européens. Depuis 2004 et l'élargissement de l'Union européenne, ce phénomène s'est accentué avec l'afflux de médecins provenant des nouveaux pays membres [27,28]. Contrairement au Royaume-Uni [29], la France n'a pas de politique active de recrutement et n'organise pas de campagne de publicité pour recruter des médecins étrangers telles que celles organisées par le NHS. Malgré cela, notre étude montre que le nombre de médecins britanniques ayant fait leurs études au Royaume-Uni et ayant émigré en France est non négligeable. De plus, le niveau de satisfaction après émigration semble montrer qu'ils ont été bien accueillis. Dans l'autre sens, le système de santé britannique exerce un fort pouvoir d'attraction auprès des médecins français. Cet effet est encore plus marqué pour les médecins généralistes. Pour ces derniers, le système britannique présenterait comme avantage une gestion facilitée du temps de travail, de meilleures rémunérations ainsi qu'une meilleure reconnaissance sur le plan de la recherche et de la formation. Il exerce aussi un effet de rétention sur les médecins britanniques puisque très peu de médecins britanniques interrogés ont déclaré s'être expatrié pour des raisons exclusivement professionnelles. Et une fois l'émigration pour rapprochement familial réalisée, un bon nombre de médecins britanniques déclaraient être moins satisfaits sur le plan professionnel. Ainsi, il est intéressant de noter à quel point les résultats de notre étude tranchent avec celle menée par Miller et al. [30] au sujet des médecins australiens et néo-zélandais qui ont choisi de s'expatrier aux États-Unis. La population de médecins migrants d'Australie et de Nouvelle-Zélande vers les États-Unis était à très majoritairement masculine (plus de 82 %) et avec une forte proportion de médecins spécialistes (75 %) attirés par des postes universitaires. Les motivations de ces médecins issus de pays développés semblent donc très différentes de celles des médecins britanniques et français. Une des raisons de ces différences pourrait être liée à la politique volontariste de recrutement des États-Unis avec une attractivité marquée en termes de salaire. Il

semblerait donc que pour les médecins des pays développés, en dehors du schéma classique des migrations en pyramide, les motivations à l'émigration répondent également à des questions locales assez spécifiques selon les pays.

5. Conclusion

Cette étude, originale et basée sur des échantillons représentatifs en ce qui concerne l'âge et le sexe, permet de mieux comprendre les migrations de médecins entre la France et le Royaume-Uni. Elle montre que les motivations des deux populations concernées sont extrêmement différentes : les médecins français sont plus intéressés par le système de soin, notamment dans le cadre du NH, alors que les médecins britanniques sont plus intéressés par les perspectives d'évolution de carrière ainsi que par les possibilités de rapprochement familial, et également par les conditions environnementales du sud de la France, et ils suivent en cela une partie de leurs compatriotes. D'une façon générale, les médecins interrogés étaient globalement satisfaits de leur émigration.

Ces résultats mènent à poser d'autres questions sur la satisfaction professionnelle des médecins. Des médecins britanniques perdent cette satisfaction en émigrant en France, tandis que des médecins français augmentent leur satisfaction en émigrant au Royaume-Uni. Il serait intéressant de déterminer quels modes de fonctionnement propres à chaque système de soins peuvent provoquer la migration des médecins. Il serait intéressant aussi de réaliser un travail analogue pour d'autres « circuits » de migration entre pays industrialisés afin d'évaluer l'impact d'autres modes d'organisation sur la satisfaction professionnelle des médecins. Ce travail incite à de nouvelles recherches pour mieux appréhender les logiques d'émigration des médecins entre pays industrialisés.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Martineau T, Decker K, Bundred P. "Brain drain" of health professionals: from rhetoric to responsible action. *Health Policy* 2004;70(1):1–10.
- [2] Bundred PE, Levitt C. Medical migration: who are the real losers? *Lancet* 2000;356(9225):245–6.
- [3] Marchal B, Kegels G. Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? *Int J Health Plann Manag* 2003;18(Suppl 1):S89–101.
- [4] Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005;353(17):1810–8.
- [5] Claudia BM. Cross-country analysis of health professional mobility in Europe: the results; 2011.
- [6] Ferrera M. The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *J Eur Soc Policy* 1996;6(1):17–37.
- [7] Wismar M, Glinos IA, Maier CB, Dussault G, Palm W, Bremner J, et al. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries. United Kingdom: World Health Organization; 2011.
- [8] Health Do. International Recruitment of Consultant and General Practitioners in England: current initiatives & guidances to NHS employers on an infrastructure to support international recruitment. London: Department of health; 2002.

- [9] Health Do. International Recruitment Global Scheme 2003. London: Department of health; 2003.
- [10] Ballard K, Laurence P. An induction programme for European general practitioners coming to work in England: development and evaluation. *Educ Prim Care* 2004;15(4):584–95.
- [11] Health Do. Code of Practice for the international recruitment of healthcare professionals. London: Department of health; 2004.
- [12] Cnom. Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne, Situation au 1^{er} janvier 2010. Paris: Conseil national de l'ordre des médecins; 2010.
- [13] Dobson R. Four out of five doctors who emigrate from France to UK satisfied with move. *BMJ* 2008;337:a2708.
- [14] Duverne A, Carnet D, d'Athis P, Quantin C. [French doctors working in Great Britain: a study of their characteristics and motivations for migration]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008;56(5):360–73.
- [15] Ballard KD, Robinson SI, Laurence PB. Why do general practitioners from France choose to work in London practices? A qualitative study. *Br J Gen Pract* 2004;54(507):747–52.
- [16] Samson AL. Behavior of health care provision and income of GPs: the influence of the regulation of ambulatory medicine. *J Econ Med* 2011;29(5):247–69.
- [17] Watson J, Humphrey A, Peters-Klimm F, Hamilton W. Motivation and satisfaction in GP training: a UK cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2011;61(591):645–9.
- [18] Whalley D, Bojke C, Gravelle H, Sibbald B. GP job satisfaction in view of contract reform: a national survey. *Br J Gen Pract* 2006;56(523):87–92.
- [19] Sax LJ, Gilmartin SK, Bryant AN. Assessing Response Rates and Nonresponse Bias in Web and Paper Surveys. *Res Higher Educ* 2004;4:409–32.
- [20] Kangasniemi M, Winters LA, Commander S. Is the medical brain drain beneficial? Evidence from overseas doctors in the UK. *Soc Sci Med* 2007;65(5):915–23.
- [21] Dovlo D. The Brain Drain and Retention of Health Professionals in Africa. A case study prepared for a Regional Training Conference on: Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: Things That Work!. Accra: Medact; 2003.
- [22] Eastwood JB, Conroy RE, Naicker S, West PA, Tutt RC, Plange-Rhule J. Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK. *Lancet* 2005;365(9474):1893–900.
- [23] Klein D, Hofmeister M, Lockyear J, Crutcher R, Fidler H. Push, pull, and plant: the personal side of physician immigration to Alberta, Canada. *Fam Med* 2009;41(3):197–201.
- [24] Witt J. Addressing the migration of health professionals: the role of working conditions and educational placements. *BMC Public Health* 2009;9(Suppl 1):S7.
- [25] Garcia-Perez MA, Amaya C, Otero A. Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation. *BMC Health Serv Res* 2007;7:201.
- [26] Cnom. Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne, Situation au 1^{er} janvier 2010. Paris: Conseil national de l'ordre des médecins.
- [27] Bach S. Staff shortages and immigration on the health sector. A paper prepared for the Migration Advisory Committee; 2008.
- [28] Borzeda A, et al. European enlargement: do health professionals from candidate countries plan to migrate?. Paris: The case of Hungary, Poland and the Czech Republic; 2002.
- [29] Buchan J, Dovlo D. International recruitment of health workers to the UK: a report for DfID. London: DFID Health Systems Resource Centre; 2004.
- [30] Miller EA, Laugesen M, Lee SY, Mick SS. Emigration of New Zealand and Australian physicians to the United States and the international flow of medical personnel. *Health Policy* 1998;43(3):253–70.