

# Les médecins, des migrants dont les pays riches veulent bien

Par [Thomas Wieder](#) , [Cécile Ducourtieux](#) , [Julia Pascual](#) et [Anne-Françoise Hivert](#)

Publié le 15 mai 2020 à 12h42, mis à jour à 06h06

Réservé à nos abonnés

- Favoris
- Ajouter aux favoris
- Partage
- Partager sur Facebook
- Envoyer par e-mail
- Partager sur Messenger
- Plus d'options

**ENQUÊTE Plus du quart des praticiens de l'OCDE ne sont pas nés dans le pays où ils exercent. Ils pallient les pénuries d'effectifs, au risque de compliquer l'accès aux soins dans leur pays d'origine.**

Le docteur Jean-Jacques Razafindranazy est mort le 21 mars. Retraité, il continuait à travailler comme contractuel aux urgences du centre hospitalier de Compiègne, dans l'Oise, qui s'est révélé être l'un des premiers foyers de l'épidémie de coronavirus en France. Diplômé de médecine à Madagascar, il était venu en France au début des années 1980 pour suivre une spécialité en chirurgie générale et digestive, avant de s'y établir avec son épouse, pédiatre. Il est le premier médecin hospitalier victime du Covid-19 dans le pays. M. Razafindranazy était franco-malgache.

**Article réservé à nos abonnés Lire aussi** [« C'est un choc. Ce n'est qu'un premier cas » : les soignants face à la première victime du coronavirus dans leurs rangs](#)

Au Royaume-Uni, lorsque le premier ministre, Boris Johnson, a quitté l'hôpital londonien St. Thomas, le 12 avril, où il venait de passer une semaine en soins intensifs à cause du nouveau coronavirus, il a remercié les soignants, notamment les deux infirmiers qui avaient veillé sur lui *« quand tout aurait pu basculer »* : *« Jenny de Nouvelle-Zélande et Luis du Portugal. »*

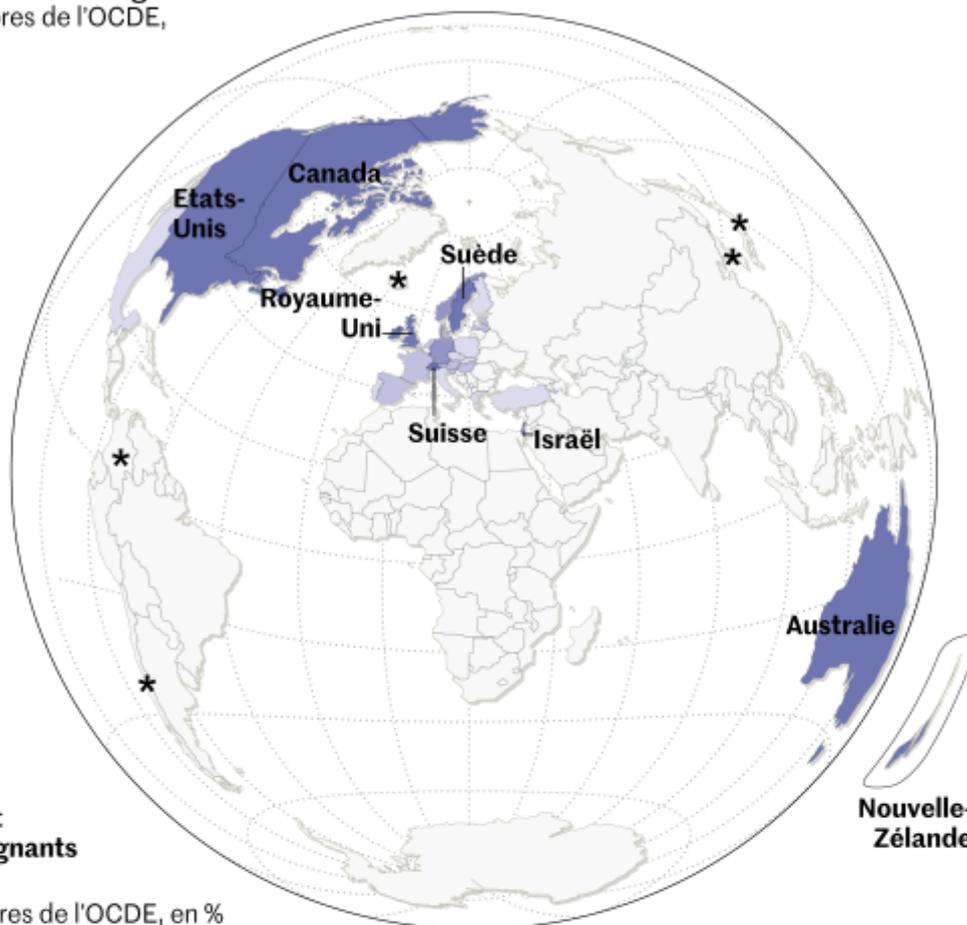
C'est un phénomène d'ampleur, ancré dans le temps, et pourtant il semble qu'on le redécouvre à chaque crise sanitaire : les systèmes de soins des pays riches reposent de façon considérable sur des professionnels de santé étrangers. Plus du quart des médecins en activité dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ne sont pas natifs du pays dans lequel ils exercent. Même constat, ou presque, concernant les infirmiers : dans les pays à haut niveau de revenus, 15,2 % d'entre eux sont nés ou ont été formés à l'étranger, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

## Les pays riches attirent de plus en plus les médecins des pays pauvres

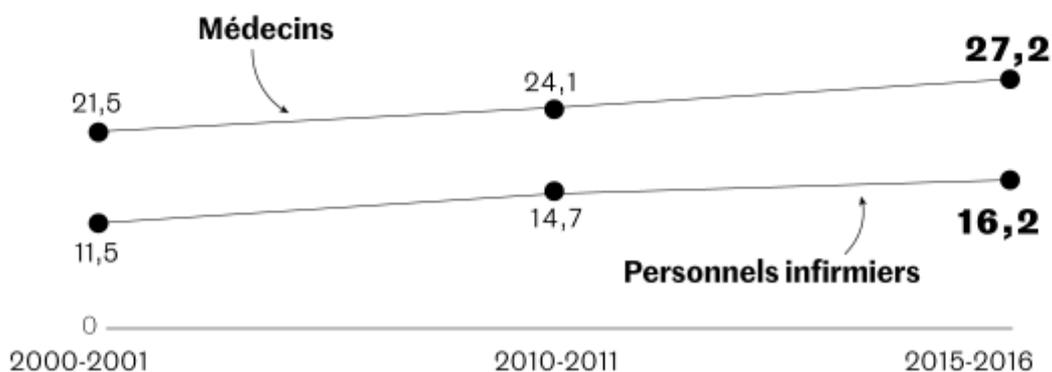
Part de médecins nés à l'étranger dans les pays membres de l'OCDE, en %, en 2015-2018

- De 1,2 à 10
- De 10 à 20
- De 20 à 30
- De 30 à 35

★ Pays membres de l'OCDE pour lesquels les données ne sont pas disponibles



Evolution de la part des personnels soignants nés à l'étranger pour les pays membres de l'OCDE, en %



Infographie *Le Monde*

Sources : OCDE, « Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students », 2019 ; National Health Workforce Accounts Data Portal

« Course aux talents »

« Dans la mondialisation actuelle, il y a une forme de course aux talents, explique Yasser Moullan, chercheur associé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Les médecins font de plus en plus l'objet de politiques migratoires, reflétant le besoin criant qu'en ont les pays d'accueil. »

### « Les migrations de professionnels de santé continuent de s'accroître », Mathieu Boniol, statisticien à l'OMS

Ces soignants constituent un contingent vital pour les pays riches, dans un contexte de pénurie chronique à l'échelle mondiale. La moitié des pays de la planète ne dispose ainsi que de 15 médecins pour 10 000 habitants. En 2013, selon sa dernière évaluation, l'OMS estimait le besoin total à 17,4 millions de professionnels de santé. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud sont les zones où ce manque est le plus criant.

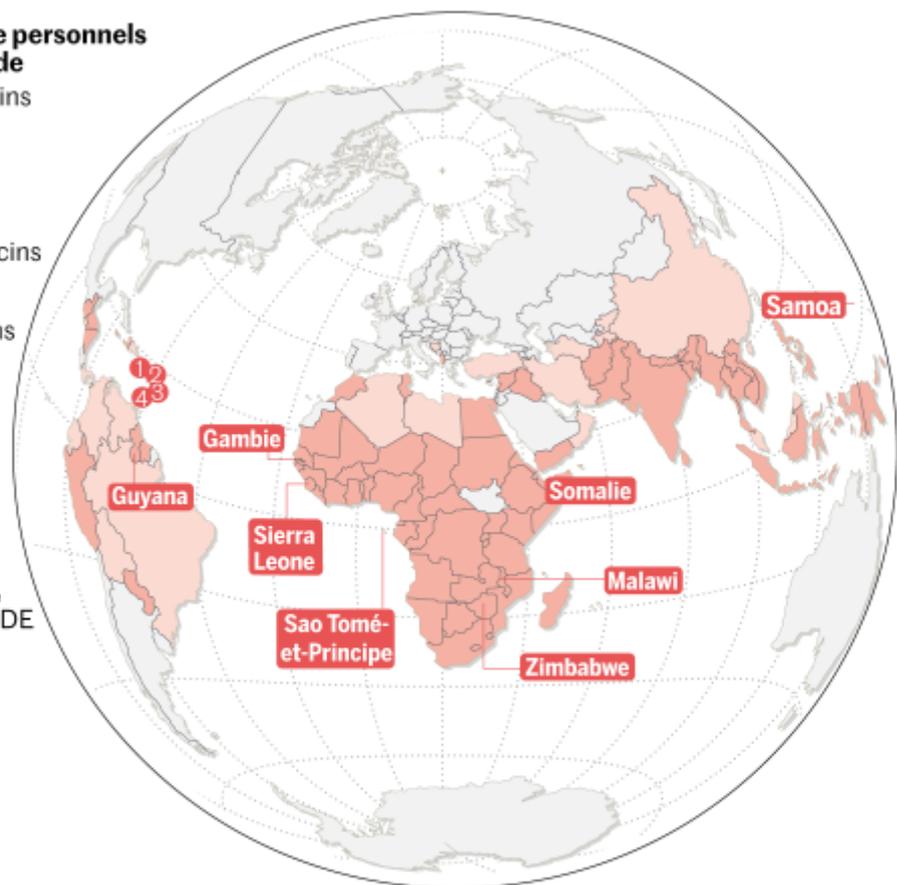
#### Une pénurie critique de personnels soignants dans le monde

estimée par l'OMS à moins de 23 agents de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) pour 10 000 habitants

- Entre 15 et 23 médecins pour 10 000 hab.
- Moins de 15 médecins pour 10 000 hab., soit la moitié des pays du monde

**Xx** Pays dont plus de la moitié des médecins exercent à l'étranger, dans un pays de l'OCDE

- 1 Antigua-et-Barbuda
- 2 Dominique
- 3 Sainte-Lucie
- 4 Saint-Vincent-et-les-Grenadines



Infographie Le Monde

Sources : OMS, National Health Workforce Accounts Data Portal

Les pays riches pâtissent eux aussi de carences. En France, par exemple, plus du quart des postes de praticiens hospitaliers à temps plein ne sont pas pourvus, faute de candidats, d'après le Centre national de gestion (CNG), l'organisme de gestion des carrières médicales à l'hôpital. Pour faire face à ces pénuries, les pays de l'OCDE recourent de plus en plus aux médecins étrangers : en 2000, ces derniers représentaient 21 % du personnel médical, puis près de 24 % dix ans plus tard, et pas loin de 27 % en 2016. « Les migrations de

*professionnels de santé continuent de s'accroître, note Mathieu Boniol, statisticien à l'OMS. Cela s'explique par de nombreux facteurs, notamment la capacité à être mobile, les formations de bon niveau qui se développent dans beaucoup de pays, et toutes les raisons économiques qui poussent les gens à migrer pour trouver un emploi. »*

## **Dépendance des pays à hauts revenus**

Dans certains pays de l'OCDE, notamment anglophones, le recours aux professionnels de santé étrangers est massif. En Australie, plus d'un médecin sur deux est né à l'étranger. Ils sont 41 % en Irlande, 38 % au Canada, 33 % au Royaume-Uni et 30 % aux États-Unis. Ces deux derniers pays réunissent les plus gros contingents, avec respectivement 87 000 et 290 000 médecins nés à l'étranger. Comment les systèmes de santé des pays riches en sont-ils arrivés à une telle dépendance ? « Recruter à l'extérieur est jugé très pratique : il suffit d'appuyer sur le bouton pour stopper ou relancer les recrutements », Aneez Esmail, professeur de médecine indo-britannique

En Grande-Bretagne, cette configuration est ancienne. Créé en 1948, au sortir de la guerre, le système de soins national (National Health Service, NHS) n'a cessé d'encourager le recrutement de main-d'œuvre étrangère. Cette politique a coïncidé avec une forte immigration, à partir des années 1960, depuis le Commonwealth et les ex-colonies britanniques. Aneez Esmail, 63 ans, a étudié la médecine au Royaume-Uni, où il est arrivé quand il n'était encore qu'un enfant. Sa famille figure parmi ces nombreux Britanniques d'origine indienne, forcés de fuir l'Ouganda en 1972 après leur expulsion ordonnée par le président de l'époque, Idi Amin Dada.

Aujourd'hui, Aneez Esmail est professeur de médecine à l'université de Manchester. Il est également l'auteur de nombreux travaux consacrés aux médecins immigrés. « Si le NHS dépend tant des personnels étrangers, c'est avant tout parce qu'il a refusé d'investir dans les écoles de formation nationales de médecins et d'infirmières », explique-t-il. « Recruter à l'extérieur est moins coûteux et a été jugé très pratique : il suffit d'appuyer sur le bouton pour stopper ou relancer les recrutements. Si le gouvernement a pu mettre ce système en place aussi facilement, c'est parce que l'ex-pouvoir colonial avait installé, en Inde et au Nigeria, des systèmes éducatifs très solides – notamment des écoles de médecine. L'instruction était donnée en anglais, souvent par des praticiens britanniques. Jusqu'en 1972, les étudiants diplômés de médecine en Inde avaient même automatiquement le droit d'exercer la médecine au Royaume-Uni », poursuit M. Esmail.

## **Une théorie économique à l'origine des pénuries**

Pour Jean-Christophe Dumont, chargé des migrations internationales à l'OCDE, les pénuries de soignants se sont aggravées dans les années 1990 sous l'effet d'une théorie dite de la « demande induite », en vogue à l'époque. Derrière ce jargon économique, il y a l'idée que plus il y a de médecins, plus la consommation de soins est élevée. Autrement dit, une offre de santé surabondante stimulerait une demande artificielle. Selon cette théorie, une partie des dépenses de santé pourrait donc être réduite en limitant le nombre de médecins, sans pour autant porter préjudice à l'état de santé de la population. « Beaucoup d'États ont alors préconisé une réduction du nombre de médecins », rappelle M. Dumont.

En France, la théorie de la demande induite s'est notamment instillée dans l'esprit des gestionnaires de l'assurance-maladie. Le numerus clausus, mis en place en 1971 pour réguler le nombre d'étudiants en médecine, n'a cessé de baisser. Il a atteint son niveau le plus bas en 1993 avec seulement 3 500 places disponibles en deuxième année d'études médicales, et n'est remonté qu'au début des années 2000. « *La France n'est pas un cas isolé*, souligne M. Dumont. *On retrouve les mêmes tendances dans d'autres pays, comme au Royaume-Uni ou au Canada.* » La plupart des Etats de l'OCDE ont limité l'accès aux formations médicales, sans rencontrer d'opposition de la profession qui y a d'abord vu son propre intérêt : limiter la démographie des soignants permettait aussi de maintenir un niveau de sélectivité et de rémunération élevé.

Pourtant, et contrairement aux promesses de la théorie économique, la demande de soins n'a pas fléchi. Au contraire, analyse Mathieu Boniol, de l'OMS, « *les besoins ont augmenté sous l'effet du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et de l'amélioration des traitements et des suivis – par exemple du cancer, du diabète et d'autres pathologies. Et puis il y a aussi le vieillissement du personnel de santé, plus rapide que le renouvellement par la formation.* »

## **En France, Algériens et Marocains en tête**

Moins coûteux et plus facile à mettre en œuvre qu'une réforme de la formation – qui ne peut produire d'effets qu'au bout d'environ dix ans, compte tenu de la longue durée des études de médecine – le recours à la main-d'œuvre étrangère a donc permis, en partie, de combler des besoins au sein de l'OCDE, avec des écarts de situation importants entre Etats, en fonction de leur histoire et de leur politique migratoire.

### **Attirés par de meilleurs salaires, des médecins suédois migrent en Norvège, des Allemands exercent en Suisse...**

Les ressortissants d'Inde et du Pakistan, anciennes colonies britanniques, représentent les premiers contingents de médecins nés à l'étranger au Royaume-Uni. Héritage du passé colonial français, ce sont les Algériens et les Marocains qui figurent aux premiers rangs des médecins étrangers exerçant dans l'Hexagone. L'Allemagne, qui a reçu le plus important afflux de demandeurs d'asile lors de la « crise » des réfugiés de 2015, a accordé une protection à plus de 500 000 Syriens. A la fin 2018, 3 900 médecins syriens exerçaient dans le pays, selon l'Ordre fédéral des médecins, soit plus du double qu'avant 2015.

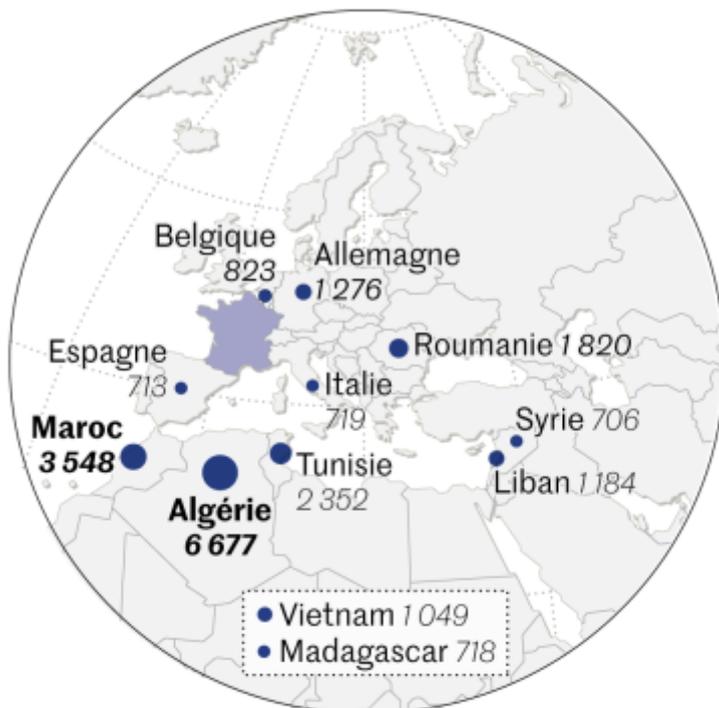
## Une immigration guidée par les liens historiques et la proximité géographique

### Principaux pays d'origine des médecins nés à l'étranger exerçant ...

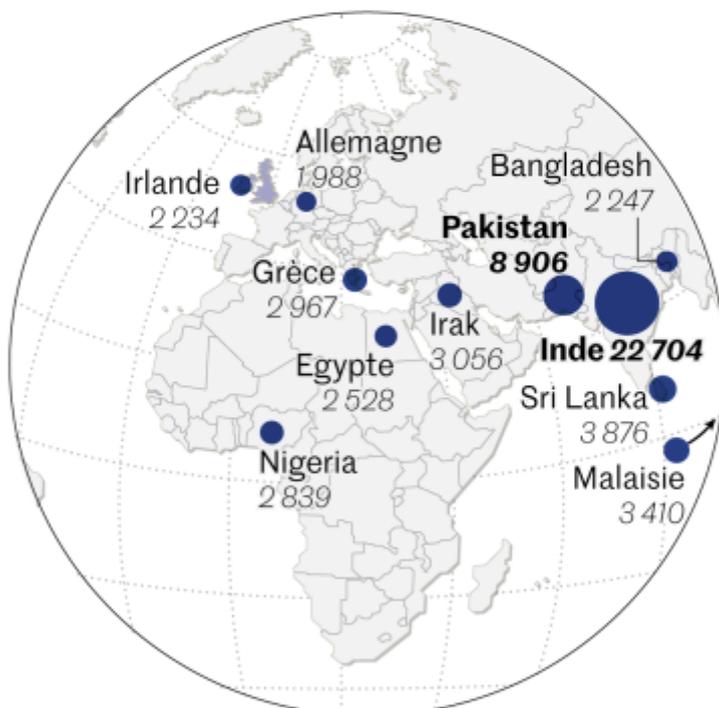
en nombre, en 2016



#### ... en France



#### ... au Royaume-Uni



L'immigration des professionnels de santé est d'autant plus importante que les pays d'accueil privilégient la venue de profils hautement qualifiés. En Australie par exemple, environ 40 % de ceux qui possèdent un diplôme du supérieur et 54 % des médecins sont nés à l'étranger. De même, au Royaume-Uni, plus de 20 % des diplômés et du tiers des médecins sont immigrés. En France, où l'immigration de travail est restée très limitée depuis le choc pétrolier des années 1970 et jusqu'à récemment, seuls 16 % des médecins sont nés à l'étranger, en deçà de la moyenne de l'OCDE.

Article réservé à nos abonnés **Lire aussi** [Ces médecins étrangers qui font tourner l'hôpital](#)

Les migrations de soignants ne s'effectuent pas uniquement du Sud vers le Nord. Attirés par de meilleurs salaires, des médecins suédois migrent en Norvège ; des Allemands exercent en Suisse ; des Anglais s'installent en Nouvelle-Zélande...

## Le retour obligé à l'université

Edgar Grins est arrivé en Suède en 1994. Ce médecin letton s'était vu offrir une bourse de six mois par l'hôpital universitaire de Lund, dans le sud du pays. « *Je pensais partir aux Etats-Unis ensuite, mais la clinique m'a offert une position de spécialiste, se souvient-il. Ce n'était vraiment pas facile à obtenir à l'époque, surtout quand vous étiez étranger, donc j'ai décidé de rester.* » M. Grins, 53 ans aujourd'hui, travaille comme médecin-chef au service d'anesthésie-réanimation, qui prend en charge les cas les plus critiques de patients atteints du coronavirus.

En 2015, [année où la Suède a reçu 160 000 demandeurs d'asile](#), plusieurs régions ont mis en place des programmes d'intégration spécifiques à destination des médecins étrangers, identifiés dès leur arrivée dans les centres d'accueil. Dans la région de Kalmar, dans le sud-ouest du royaume scandinave, dix-huit médecins ont donc suivi durant quatre ans des cours de suédois adapté au secteur de la santé ainsi qu'une formation complémentaire à l'université, leur permettant d'obtenir la licence médicale suédoise. En 2016, pour répondre à la pénurie de médecins, le pays a décidé de simplifier le processus d'obtention de cette licence pour les praticiens qui ne sont pas originaires de l'Union européenne (UE).

Sam, Syrien de 56 ans, est arrivé en Suède en 2013, comme demandeur d'asile, avec son épouse et leurs deux enfants. A Damas, il était professeur associé en gynécologie obstétrique. « *Pendant un an et demi, j'ai suivi des cours de suédois à plein temps réservés aux médecins, pharmaciens, dentistes et physiothérapeutes, relate-t-il. Puis, avec l'agence de l'emploi, j'ai fait un stage de six mois dans un grand hôpital de Stockholm. A la fin du stage, j'ai reçu ma licence de médecin.* » Un an et demi après, Sam a obtenu sa spécialisation en gynécologie obstétrique et a été embauché à l'hôpital Södersjukhuset de Stockholm. « *J'y suis resté pendant trois ans, avant de retourner à ma première passion, la fécondation in vitro, dans une clinique privée.* »

## « Soigner des patients, pas des clients »

Dans ce contexte de concurrence exacerbée pour attirer les soignants, les Etats-Unis sont le seul pays dont les médecins ne partent pas. Seul 1 % d'entre eux réside et travaille dans un autre pays de l'OCDE. « *Il est difficile de trouver un endroit où les conditions de travail sont meilleures* », justifie M. Dumont. Une des raisons pour lesquelles Camila de Matos, 39 ans,

aurait voulu s'y installer. Cette Brésilienne avait effectué aux Etats-Unis un postdoctorat en orthopédie et traumatologie pédiatrique, mais n'avait pas réussi à se faire recruter, ce qui l'avait obligée à rentrer au Brésil. Hors de question, pourtant, d'y rester.

*« Le système de santé est tellement mal organisé [au Brésil], comme la société d'ailleurs, critique-t-elle. Il est impossible de le changer de l'intérieur et ça ne fait qu'empirer depuis l'arrivée de Jair Bolsonaro au pouvoir [en janvier 2019]. »* En 2015, M<sup>me</sup> de Matos a trouvé une opportunité dans un hôpital de Lund, en Suède. *« L'hôpital m'a plu, mais aussi la société, l'accent mis sur l'égalité, la parité, dit-elle. Je n'ai pas besoin de bosser 80 heures par semaine, comme au Brésil, pour avoir un bon salaire. J'ai des vacances, une vie à côté. Et puis l'accès aux soins ne dépend pas de l'argent dont vous disposez : je veux soigner des patients, pas des clients. »*

Leïla (le prénom a été modifié à sa demande) a exercé six ans dans un CHU d'Alger avant de s'installer en France, en 2016. Elle travaille à présent dans un hôpital francilien. Plusieurs raisons ont motivé le départ de cette gynécologue obstétricienne, membre du Syndicat national des praticiens à diplôme hors Union européenne (SNPADHUE). *« C'était d'abord un choix personnel, raconte-t-elle. Mon conjoint, qui est chirurgien orthopédique, en avait ras-le-bol des conditions de travail en Algérie. Et un de mes enfants avait besoin d'une prise en charge médicale. »*

Aujourd'hui âgée de 40 ans, Leïla a trouvé en France une vie plus simple, qu'il s'agisse de la garde de ses enfants, de leur scolarité ou même de la possibilité d'obtenir un crédit. Elle, qui avait fait une partie de son internat en France, voyait aussi dans ce départ d'Alger une opportunité d'« épanouissement professionnel » : *« J'avais avancé dans ma carrière en Algérie, mais le système étatique est très dur. Les moyens manquent, il est difficile de se former, les actes médicaux ne sont pas assez bien cotés... »*

### **Lire aussi** [Rester ou partir en France, le dilemme des médecins algériens](#)

Placide Mongazi, lui aussi membre du SNPADHUE, a cru, un temps, qu'il ferait sa carrière dans son pays, le Bénin. Après avoir fait sa spécialité en gynécologie obstétrique en France, il est rentré chez lui, pensant y retrouver la place à laquelle il avait été nommé avant son départ. Mais sur fond de « népotisme », son poste avait été donné à un autre. M. Mongazi s'est rendu compte qu'il n'allait pas pouvoir mettre en pratique ce qu'il avait appris en France : *« Pour beaucoup de médecins étrangers que je connais, le facteur de départ déterminant n'a pas été le niveau de vie, mais plutôt l'environnement de travail. Je me suis aperçu que rien n'est fait pour pouvoir exercer la médecine avec le minimum de moyens [dans mon pays]. Cet aspect m'a découragé. »* Revenu en France en 2004, il a exercé quelques années à l'hôpital avant de s'installer en libéral dans une clinique du Mans.

## **Un code de (bonne) pratique**

Dans les pays riches, les numerus clausus et autres contingentements ont commencé à produire leur effet dans les années 2000, entraînant une prise de conscience du manque de soignants. En 2006, l'OMS y consacrait son rapport annuel. *« Il y a actuellement 57 pays qui connaissent une pénurie aiguë de main-d'œuvre »,* écrivait alors l'agence onusienne. Consciente que *« la recherche d'une vie meilleure et de revenus plus substantiels est à la base de la décision d'émigrer »,* l'OMS a mis au point, en 2010, un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé. Il y est notamment stipulé que *« tous les*

*Etats membres devraient s'efforcer de répondre, dans la mesure du possible, à leurs besoins en personnels de santé au moyen de leurs propres ressources humaines ». « Des pays comme l'Allemagne ont interprété de façon stricte ce code et s'interdisent le recrutement de soignants dans les pays où la pénurie est sévère », rapporte Jean-Christophe Dumont, de l'OCDE.*

### **Plus du tiers des médecins camerounais, congolais ou sénégalais s'expatrient**

Les changements ont été longs à venir. La France ne supprimera le numerus clausus qu'à la rentrée 2020, presque cinquante ans après sa création. Le Royaume-Uni a fini par infléchir légèrement sa politique. En 2016, le gouvernement alors dirigé par Theresa May a décidé de porter de 6 000 à 7 500, en 2020, les places pour les étudiants d'origine étrangère dans les écoles de médecine britanniques. L'objectif est de rendre le NHS « *autosuffisant* » en médecins formés dans le pays d'ici à 2025. En attendant, l'OMS paraît condamnée à se répéter. « *La pénurie d'effectifs et les problèmes de répartition contribuent à entretenir la mobilité et le recrutement transfrontières de travailleurs de la santé à partir de pays disposant de peu de ressources* », alertait l'agence en 2016.

### **Lire aussi [Au Nigeria, l'exode massif des médecins vers l'étranger](#)**

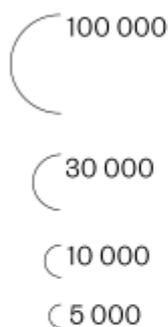
Le premier pourvoyeur de médecins dans le monde est, de très loin, l'Inde avec 95 000 médecins exerçant à l'étranger en 2015-2016. Pour autant, ces départs ne représentent que 8 % des effectifs du pays. L'effort est bien plus considérable dans d'autres Etats. Ainsi, plus du tiers des médecins camerounais, congolais ou sénégalais s'expatrient. Des pays des Caraïbes affichent des taux d'émigration de leurs médecins supérieurs à 50 %, avec des facultés de médecine parfois destinées à satisfaire les besoins des Etats-Unis tout proches. Aux Philippines, « *de très nombreuses écoles privées n'ont pas d'autre vocation que de former des infirmiers pour alimenter le marché mondial* », constate M. Dumont. En 2016, 237 000 infirmiers philippins exerçaient à l'étranger.

## **Le cas roumain**

En Europe aussi, des Etats membres sont devenus des réservoirs de soignants, formant à la fois leurs ressortissants et des élèves étrangers désireux de contourner les obstacles qui se sont multipliés chez eux. [D'après les données de l'OCDE](#), la moitié des étudiants en médecine en Irlande sont étrangers (majoritairement des Canadiens et des Malaisiens). Ils sont un quart en Pologne (souvent norvégiens, saoudiens, américains ou suédois), et un tiers en Roumanie.

**Nombre de médecins nés dans le pays, ayant émigré et qui exercent dans un pays de l'OCDE**

Pays d'origine comptant plus de 5 000 médecins émigrés vers l'OCDE



**Part de médecins ayant émigré vers un pays de l'OCDE**



Infographie Le Monde

Sources : OCDE, « Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students », 2019 ; National Health Workforce Accounts Data Portal

**En France, les médecins étrangers font plus d'heures, travaillent plus souvent la nuit et le dimanche et, à compétences égales, sont moins bien payés que leurs collègues**

Encouragée par la reconnaissance mutuelle des diplômes, à l'œuvre depuis 2005 au sein de l'UE, la Roumanie est devenue une véritable plate-forme de formation médicale à destination du reste de l'Europe. Pour attirer des étudiants, ce pays propose dans presque toutes ses écoles de médecine – onze publiques et deux privées – des programmes en langues anglaise et française. Le nombre de jeunes Français y est passé de 680 en 2014-2015, à plus de 1 200 en 2017-2018. Presque tous les étudiants étrangers repartent une fois leur formation initiale achevée. Un tiers des médecins roumains décident par ailleurs d'émigrer. En France, leur nombre a doublé entre 2007 – date d'entrée dans l'Union européenne – et 2017, d'après le Conseil national de l'ordre des médecins.

Si la perspective d'une vie meilleure est le principal facteur de départ de ces soignants, leur situation dans le pays de destination reste cependant moins enviable que celle de leurs pairs. Au Royaume-Uni, les médecins étrangers « travaillent dans les zones les moins favorisées, les banlieues de Londres ou de Birmingham, les zones rurales. Et ils occupent surtout les spécialités les moins populaires, comme la gériatrie ou la psychiatrie », insiste le docteur Aneez Esmail, à Manchester. En France, les médecins étrangers font généralement plus d'heures, travaillent plus souvent la nuit et le dimanche et, à compétences égales, sont moins bien payés que leurs collègues.

## Cantonnés à des statuts précaires

Les inégalités sont plus marquées encore quand il s'agit de ressortissants extérieurs à l'UE, soumis à des procédures longues et complexes d'autorisation d'exercer. Une partie d'entre eux reste cantonnée à des statuts précaires de « faisant fonction d'interne » (FFI), « attachés associés » ou « assistants associés ». En France depuis 2016, Leïla, la gynécologue obstétricienne algéroise, enchaîne les CDD dans un hôpital francilien. « *Je ne suis pas inscrite à l'ordre des médecins [obligatoire pour quiconque veut exercer la médecine en France] car j'ai un statut d'assistante mais, dans les faits, j'exerce comme un praticien* », dit-elle.

Maria (le prénom a été modifié à sa demande), chirurgienne plasticienne de 40 ans, originaire de République dominicaine, travaille dans le sud de la France depuis 2013, après avoir suivi son mari, français et chirurgien infantile. « *J'ai été à l'initiative d'un centre de gestion des plaies chroniques à l'hôpital, j'enseigne à l'université, je collabore régulièrement avec les services de l'Agence régionale de santé [ARS], mais je ne peux ni être inscrite à l'ordre des médecins ni prétendre au même statut que mes collègues. De fait, mes revenus se trouvent quasiment divisés par deux par rapport aux leurs, à ancienneté égale* », témoigne-t-elle.

Selon les estimations, quelque 5 000 praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) exerceraient dans des conditions similaires en France, en particulier dans les spécialités délaissées telles que l'anesthésie-réanimation, la radiologie, la gériatrie, la pédiatrie ou encore la psychiatrie. « *Certains services d'urgence tournent avec 80 % de médecins étrangers* », souligne Slim Bramli, président de la Fédération des praticiens de santé. Dans la crise sanitaire d'aujourd'hui, ils sont en première ligne.

**Thomas Wieder**Berlin, correspondant

**Cécile Ducourtieux**Londres, correspondante

**Julia Pascual**

**Anne-Françoise Hivert**Malmö (Suède), correspondante régionale