

# Les mobilités géographiques et professionnelles du personnel de santé en région PACA :

crise économique, pénurie et déqualification<sup>1</sup>

## • Francesca Sirna

*Chargée de Recherche en sociologie (CNRS) \**

Dossier

**L'Europe est une des régions du monde très touchées par la crise économique mondiale. Le taux de chômage augmente et demeure plus important chez les migrants qu'auprès de la population autochtone. Dans ce contexte de dérèglement et de reconfiguration de l'économie mondiale, il devient nécessaire d'analyser ces mutations et leurs effets sur des « nouvelles géographies migratoires ».**

**Afin de mieux démêler l'écheveau de processus, de dynamiques, des différentes mobilités, nous proposons une analyse comparative des reconfigurations des mobilités à travers la reconstruction des parcours de migrants/tes intra et extra-européens dans le secteur de la santé en région Provence Alpes Côtes d'Azur (PACA).**

L'Europe est une des régions du monde très touchées par la crise économique mondiale. Le taux de chômage augmente et demeure plus important chez les migrants qu'auprès de la population autochtone (OECD, 2009). Dans ce contexte de dérèglement et de reconfiguration de l'économie mondiale (Khelifa, 2012), il devient nécessaire d'analyser ces mutations et leurs effets sur des nouvelles géographies migratoires (Wieviorka, 2009). La crise économique, ainsi pensée dans le cadre plus général de changements planétaires – politiques, démographiques, environnementaux, climatiques, alimentaires, de production et de consommation – serait révélatrice de nouvelles

reconfigurations territoriales des flux, par-delà des tendances communes à bon nombre de pays européens dans le champ migratoire : réactivations de mobilités inter et extra-européennes, inflexions, recompositions, retours.

Si, d'une part, la crise économique qui intéresse l'Europe a eu, comme effet, un durcissement des contrôles aux frontières européennes, avec la mise en place de l'agence Frontex en 2004, limitant ainsi les migrations dites « irrégulières », d'autre part, des tendances de mobilité accrue des « élites » sont observables (Wihtol de Wenden, 2001 ; Wieviorka, 2009 ; Wagner, 1998). Afin de mieux démêler

\* Université Côte d'Azur /CNRS, Unité de recherche Migrations et société (URMIS), UMR 8245 – IRD UMR 205  
[francesca.SIRNA@unice.fr](mailto:francesca.SIRNA@unice.fr)

l'écheveau de processus et de dynamiques, des différentes mobilités, nous proposons une analyse comparative des reconfigurations des mobilités à travers la reconstitution des parcours de migrants/tes intra et extra-européennes dans le secteur de la santé<sup>2</sup>, en région Provence Alpes Côtes d'Azur (PACA)<sup>3</sup>.

Le secteur médical, et plus particulièrement le secteur hospitalier, est intéressant, car il nous permet d'aborder les questions liées aux politiques d'inclusion/exclusion de nouveaux pays dans l'Union européenne (EU), au prisme de la gestion de l'immigration du personnel paramédical et des médecins étrangers, ainsi que des rapports sociaux de sexe (Cresson, 1995 ; Herzlich et al., 1993 ; Picot, 2005 ; Cognet, 2010).

D'un point de vue théorique, notre approche est fondée sur la *grounded theory*, théorie ancrée (Glaser & Strauss, 2009). Il s'agit d'une démarche empirique centrée sur le point de vue et les pratiques des individus. Cette méthodologie qualitative (Olivier de Sardan, 2008) s'intéresse à l'agir des personnes qui sont étudiées. Elle s'emploie à dégager leurs raisonnements, leurs perceptions et leurs représentations, afin de pouvoir rendre compte de la manière dont les acteurs sociaux se situent à travers leurs pratiques dans les différents domaines de leur existence<sup>4</sup>. L'approche, ici développée, entend saisir de front les dimensions professionnelles (économiques), familiales et relationnelles qui caractérisent les parcours de ces professionnels et donnent à comprendre le phénomène migratoire dans sa globalité, en ne privilégiant ni un déterminant unique, ni une approche causale.

## **Repenser les mobilités : reconfigurations territoriales des flux migratoires à l'aune de la crise économique mondiale**

Si la crise semble être un sujet rarement abordé d'un point de vue sociologique (Wieviorka, 2009) et reste principalement objet d'analyses économiques et historiques, elle est ici mobilisée en tant que contexte dans lequel et par lequel des changements majeurs se produisent au niveau des flux migratoires.

En fait, l'éclatement du modèle organisationnel « fordien », mis au jour par l'actuelle crise économique mondiale, signifie une recomposition du mode de production international qui se traduirait par une « *bipolarisation de la globalité migratoire* » (Khelifa, 2012). La mondialisation (et les effets des nouvelles technologies de l'information et de la communication) n'aurait ainsi qu'accentué la restructuration du marché international du travail, depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle, en deux sous-ensembles. Le premier, composé de travailleurs peu ou pas qualifiés, appelés à combler le manque de main-d'œuvre dans des secteurs où les salaires sont très bas et le travail caractérisé par la pénibilité (Morice & Potot, 2010) ; le deuxième, caractérisé par l'émergence de pôles d'attractivité de travailleurs hautement qualifiés provenant de pays du Sud et à destination de pays de l'OCDE (Ottaviano & Peri, 2012), et par conséquent la volonté étatique de décloisonnement du marché du travail seulement pour cette dernière catégorie d'immigrés<sup>5</sup>.

Ces mouvements de populations dans un secteur professionnel caractérisé par la pénurie de main-d'œuvre et une forte féminisation (Acker, 2005) interrogent les équilibres Nord-Sud dans l'actuel contexte d'instabilité – économique, sociétale, politique. Notre point de départ est le suivant : si la récession a déterminé un ralentissement de l'activité économique à l'échelle mondiale, tous les secteurs d'activité ne sont pas concernés dans la même mesure. Le personnel de santé et paramédical connaît une

mobilité géographique internationale accrue depuis le début des années 2000 (Cash & Ulmann, 2008). Dans ce contexte, la France est devenue une des destinations pour nombre de professionnels de la santé<sup>6</sup> (européens et extra-européens) refaçonant la structure d'un secteur d'activité. Ainsi, analyser les reconfigurations des mobilités dans le contexte de la crise mondialisée, dans ce secteur professionnel, permet de comprendre en profondeur ces changements, ces recompositions, ces bifurcations de trajectoire déterminés par ce récent contexte sociétal, mais également la perception que les acteurs en ont.

Nous présenterons d'abord des éléments concernant le système sanitaire français, ensuite le contexte local (région PACA) du secteur et ses besoins en professionnels. Puis, nous présenterons le point de vue des professionnels rencontrés. Nous terminerons avec des considérations sur les effets de sélection des politiques (nationales et internationales) sur ce personnel.

## Les défis du système sanitaire français et la situation en PACA

Malgré un système de santé considéré « *bon et solidaire* » (OECD, 2015), le secteur sanitaire français doit pourtant faire face à plusieurs défis convergents. La croissance de la population française, sous les effets d'une fécondité positive et de l'allongement de la vie, oblige à repenser les formes de prise en charge et d'organisation des soins (Véran, 2013). Dans le même temps, les réformes se succèdent avec, pour objectif, une « rationalisation » budgétaire et une baisse des dépenses de santé (De Kervasdoué, 2008). Le poids historique d'une profession, réticente aux changements et fermée à la présence étrangère (Noiriel, 2004 ; Déplaud, 2011), a également déterminé, dès les années 1980 et jusqu'à la moitié des années 2000, l'application d'un sévère *numerus clausus* dans l'admission aux études médicales qui a fortement ralenti la démographie d'une population médicale vieillissante (De

Kervasdoué, 2008). Les choix de spécialisation, d'exercice et de zones d'installation des nouveaux diplômés ont entraîné l'apparition de déserts médicaux, surtout dans des zones rurales. Souvent, les établissements de santé de ces mêmes espaces non urbains, sont soumis à d'importantes réductions des postes et connaissent des pénuries de personnels médicaux (Cases, 2008). Pour y répondre, la France a fait aussi appel à des médecins à diplôme étranger. L'ordre des médecins compte, à ce jour, 22 568 médecins à diplôme étranger en activité régulière (CNOM, 2014). Un peu moins de la moitié de ces effectifs exerçant en France sont constitués de praticiens à diplôme européen (45,5%). L'autre moitié, ce sont les médecins immigrés originaires de pays extra-européens. Ils sont majoritairement titulaires d'un diplôme du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. La France compte par région, en moyenne, 834 médecins à diplôme européen et extra-européen. La région Île-de-France concentre 29% de ces médecins. La région Rhône-Alpes est la deuxième région la plus attractive et PACA occupe la troisième place (CNOM, 2014).

Parmi les médecins en activité régulière, inscrits à l'Ordre National des Médecins en région PACA et n'ayant pas obtenu leur diplôme en France, 57% d'entre eux l'ont obtenu dans un pays européen (CNOM, 2014, p.114). Les pays d'origine, par ordre d'importance, sont : Roumanie (29,7%) ; Belgique (22,6%) ; Italie (22%) ; Allemagne (10,9%). Les femmes représentent un peu plus de la moitié des effectifs (55%). Les spécialités de ces médecins sont souvent celles délaissées par les diplômés en France : médecine générale ; anesthésie-réanimation ; chirurgie générale et psychiatrie. Presque la moitié de ces médecins à diplôme européen (47,2%) se sont inscrits pour la première fois à l'Ordre au cours de la décennie 2000. L'Ordre constate également une forte hausse d'inscrits dans cette région entre 2010 et 2013 (CNOM, 2014) : plus de 45% des effectifs à diplôme extra-européen et plus de 80% pour les diplômés européens. Ces données confirment que l'actuel contexte socio-économique de récession et d'instabilité politique contribue à l'augmentation de l'arrivée

de professionnels de santé. Mais d'autres facteurs influent les choix de ce personnel.

## **Le rôle des instances super-étatiques et la condition des médecins à diplôme étranger : une pénurie « historiquement » inévitable ?**

En France, depuis le début des années 1970, les médecins étrangers, souvent originaires des ex-colonies, font périodiquement l'objet de réformes et de débats politiques. Ils sont le plus souvent destinés à occuper des fonctions peu valorisées à l'intérieur du champ médical, dans un système de déclassement systématique (Peugny, 2009). Ils font notamment l'objet de quotas et de statuts particuliers<sup>7</sup> leur étant réservés de manière exclusive, ainsi que de mesures de sélection et de complément de qualification obligatoires qui font débat au sein de la profession (Déplaud, 2011). Les dérogations semblent caractériser ce secteur qui se structure aussi selon le modèle bien connu des marchés primaire et secondaire (Doeringer & Piore, 1971).

Nos précédents travaux dans ce même secteur (Fusulier et al., 2011) ont aussi souligné en quoi la pénurie de main-d'œuvre est souvent due à une non-attractivité des conditions d'exercice de la profession : horaires atypiques, pénibilité du travail, difficultés d'articuler la vie familiale et professionnelle de manière satisfaisante, bas salaires. Ces facteurs – politiques européennes d'inclusion/exclusion, *numerus clausus*, restrictions d'exercice de la profession selon l'origine du diplôme, manque d'attractivité de la profession même – participeraient ainsi à la pénurie de professionnels dans ce secteur, et ceci à l'échelle mondiale (Connell, 2008). Aussi, ce personnel part à la recherche de meilleures conditions de travail (Tjadens, Weilandt et Eckert, 2012).

La circulation du personnel soignant est donc un phénomène ancien (Gish & Godfrey, 1979), mais son ampleur et ses caractéristiques ont changé depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle. Dans

l'actuel contexte économique et social, le recrutement de personnel soignant européen participerait au développement de nouvelles filières migratoires en provenance de l'Europe de l'Est (Roumanie, Bulgarie, Biélorussie, Ukraine), et à la réactivation d'anciens flux migratoires des pays de l'Europe du Sud (Portugal, Espagne, Italie). Par ailleurs, une préférence à l'appartenance communautaire européenne pour les diplômé(e)s venu(e)s de l'Est ou de l'Europe du Sud s'opérerait au « détriment » d'autres filières migratoires plus anciennes des pays d'Afrique (maghrébines et subsahariennes), dont les conditions d'embauche et les modalités d'équivalence des diplômes sont plus sélectives.

Malgré les différences de statuts et de facilité/difficulté d'accès à l'exercice de la profession entre médecins à diplôme européen et non-européen, leur discours sur leurs parcours semble similaire.

## **Les récits des professionnels sur leur insertion**

Les raisons des départs évoquées, lors des entretiens avec ce personnel de santé étranger (EU et non EU), sont souvent liées au mauvais fonctionnement du système sanitaire du pays d'origine : clientélisme dans l'attribution des postes d'internes ; absence de pratique professionnelle pour les jeunes docteurs ; coupes budgétaires à cause de la crise économique, licenciements et précarisation des carrières hospitalières (surtout pour les médecins européens) ; situation politique instable dans le pays d'origine. Tous les médecins immigrés rencontrés ont été des « Praticiens à diplôme hors Union européenne » (Padhue) ou des « Faisant fonction d'interne » (FFI, pour les Européens). Mais le passage par la précarité et/ou par une rémunération inférieure, par rapport aux collègues à diplôme français, est considéré comme une opportunité de réalisation du « désir de métier » (Osty, 2003).

Les médecins à diplôme étranger revendiquent également leur flexibilité et leur capacité d'adaptation aux exigences de la profession. Ils s'adaptent aux besoins de l'hôpital et à ses contraintes financières dues aux pressions que les instances européennes<sup>8</sup> exercent sur les systèmes sanitaires de la zone Euro (Baeten, 2014). L'aboutissement du parcours de ces médecins reste néanmoins l'inscription à l'ordre des médecins, signifiant l'acceptation symbolique par le groupe des pairs, mais aussi l'autonomie et la liberté de la pratique (en libéral ou salariée). Cette reconnaissance peut être longue et décourageante du fait des procédures d'autorisation d'exercer. Mais les médecins à diplôme étranger rencontrés ne s'y opposent pas et ne revendiquent pas une amélioration de leur statut ou des procédures de reconnaissance. Aucun des médecins rencontrés n'est proche d'un syndicat ou autre instance représentative de leurs intérêts<sup>9</sup>. Lorsque ce sujet a été évoqué au cours des entretiens, les réponses ont été unanimes et sont bien illustrées par ce propos tenu par un chirurgien algérien :

*« Qu'est-ce que j'aurais dû demander à un syndicat ? Je suis venu en France pour travailler dans des bonnes conditions. Avant d'obtenir l'inscription à l'ordre, j'ai toujours travaillé. Même si c'étaient des contrats renouvelés. Mais je savais qu'ils avaient besoin de moi et qu'on n'allait pas me remplacer. Alors, pourquoi j'aurais dû me plaindre ? Peut-être si on m'avait viré du jour au lendemain sans raison, j'aurais été voir un syndicat. Mais l'hôpital ne vire pas un médecin sans raison. Un vrai médecin sauve des vies, ne fait pas de vagues pour rien ».*

L'analyse des parcours, ici esquissée, a montré que, si les praticiens à diplôme européen rencontrent moins de difficultés que leurs confrères à diplôme non européen, dans la reconnaissance des qualifications, ils n'ont que rarement des « carrières à succès ». Il est ainsi rare de trouver des médecins à diplôme étranger à des postes d'encadrement, d'enseignement ou de direction au sein de l'administration hospitalière. Dans un contexte de restrictions budgétaires et de dégradation des conditions de travail, l'origine du diplôme instaure ainsi un mécanisme de sélection entre professionnels,

aux dépens des médecins à diplôme étranger qui voient ainsi leurs carrières contrariées, mais sans que cela soit contesté et moins souvent perçu : *« Je pense que dans mon pays [Chine], un médecin étranger n'aurait pas pu atteindre mon niveau de vie. Même si je n'ai pas et je n'aurai pas un poste de prestige, je ne peux que remercier le système français de m'avoir donné ma chance. Pourquoi devrais-je me révolter ? Contre quoi ? ».*

Cette attitude est commune à l'ensemble des médecins rencontrés. On se retrouve ainsi face à une division du travail qui semble propre à l'économie du savoir à laquelle participeraient ces circulations internationales de professionnels hautement qualifiés (Vercellone, 2008), mais qui alimentent largement le débat autour du « *Brain drain* » et du « *Brain waste* » (King, 1993 ; Bourgeault & Grignon, 2013 ; Humphries et al., 2013)<sup>10</sup>.

## Conclusion

Le recours aux médecins à diplôme étranger s'inscrit dans une logique d'ajustement de ce secteur professionnel sur des marchés du travail en constante évolution sociale et structurelle (Noiriel, 2001). Cela demande, certes, à prendre en compte les mutations induites par la mondialisation aussi dans le secteur de la santé : vieillissement de la population dans les pays de l'OCDE, pénurie de personnel à l'échelle mondiale, crises économiques, politiques et sociétales, rôle des instances sur-étatiques dans la définition des objectifs des politiques de santé. Mais il faut aussi analyser le point de vue des acteurs, leurs regards face aux conditions objectives du déroulement de leur carrière. Ainsi, ce personnel de santé peut être exposé aux risques de la déqualification professionnelle et à une compétitivité accrue sur le marché du travail à l'échelle euro-méditerranéenne dont les conséquences, aussi dans les sociétés d'origine, restent à explorer.

## Notes

- 1 Nous faisons référence à la définition de John Salt : « Cette notion décrit la perte de qualification qui intervient quand des travailleurs très qualifiés prennent des emplois qui n'exigent pas l'application des compétences et de l'expérience qui s'appliquaient à leur emploi précédent » (Salt, 1997, p.5).
- 2 Médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants.
- 3 Les analyses présentées dans cette contribution s'appuient sur les entretiens biographiques réalisés avec vingt-neuf médecins, infirmières, sages-femmes à diplôme européen et extra-européen, en région PACA, depuis 2014. Il s'agit d'une recherche en cours, au sein de l'Unité Mixte de Recherche « Migrations et Société » (URMIS) de l'Université Nice Sophia Antipolis.
- 4 Cette enquête étant en cours, nous n'avons pu ni rencontrer le personnel administratif hospitalier ni approfondir notre connaissance du même secteur dans les pays d'origine des professionnels rencontrés.
- 5 Cette volonté se heurte au caractère fermé de la profession médicale qui, depuis le XIXe siècle, se mobilise pour limiter l'accès des étrangers à l'exercice de la profession (Deplauze, 2011). D'autres professions, relevant du secteur public et privé, restent également fermées aux étrangers (Vourc'h, De Rudder, Tripier, 1996 ; Daadouch, 2007).
- 6 DRESS, ADELI, n°168, mars 2012.
- 7 Les statuts d'attaché associé et de praticien adjoint contractuel, respectivement créés en 1987 et 1995, sont réservés aux médecins à diplôme étranger hors UE. Le faisant fonction d'interne (FFI) est un médecin ou un étudiant en médecine recruté à titre provisoire dans le cas où un poste d'interne n'a pu être pourvu. Les hôpitaux recrutent souvent avec ces statuts des médecins à diplôme étranger (Praticien à Diplôme Hors UE ou non). Si les assistants associés ont une rémunération identique aux homologues à diplôme français, les FFI et les attachés associés ont un statut économique nettement inférieur. De plus, les FFI ont des contrats de six mois renouvelables et les attachés associés sont payés à la vacation.
- 8 La directive européenne 2003/88/CE sur les temps de travail vient, depuis 2003, compliquer la tâche des hôpitaux quant au maintien de l'équilibre budgétaire et de la légalité des statuts du personnel médical. De plus, et à la suite de la crise économique et financière,

l'UE a acquis des nouveaux pouvoirs de supervision des politiques nationales et budgétaires visant tout particulièrement les systèmes de santé soumis, depuis 2011, à des recommandations contraignantes et pouvant entraîner des sanctions financières.

9 Snapadhue, FPS, GISTI, APSR.

10 La notion de *Brain Waste*, « gaspillage de cerveaux », est issue du développement récent des études sur les migrations. Elle fait partie du champ conceptuel qui, à partir des années 1960, s'est concentré sur l'analyse de la migration des personnes hautement qualifiées, provenant de pays à bas revenus et s'installant dans des pays à hauts revenus. Cette notion intervient lorsque ces migrants qualifiés accèdent à des emplois qui ne nécessitent pas les qualifications et l'expérience acquises dans les emplois occupés précédemment, avant la migration.

## Références

- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, 1, 161-181.
- Baeten, R. (2014). La réforme des systèmes nationaux de santé sous la gouvernance économique de l'Union européenne. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, no 37, 46-51.
- Bourgeault, I.-L. & Grignon, M. (2013). A comparison of the regulation of health professional boundaries across OECD countries. *The European Journal of Comparative Economics*, 10 (2), 199-223.
- Cases, C. (2008). Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : étapes et enjeux. *Santé, société et solidarité*, 7 (2), 43-51.
- Cash, R. & Ulmann, P. (2008). *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : Le cas de la France*. OCDE.
- CNOM. (2014). *Les flux migratoires et trajectoires des médecins. Situation en 2014*.
- Cognet, M. (2010). Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des États. *L'Homme et la société*, 2, n° 176-177, 101-129.
- Connell, J. (2008). *The international migration of health workers*. New-York : Routledge.

- Daadouch, C. (2007). Des discriminations plus légitimes que d'autres ? Les emplois fermés aux étrangers. *Journal du droit des jeunes*, 6, n° 266, 35-36.
- De Kervasdoué, J. (2008). Idéologie des réformes du système de santé depuis 1990 : un système stable. *Santé, Société et Solidarité*, 7 (2), 17-30.
- Déplaud, M.-O. (2011). Une xénophobie d'État ? Les « médecins étrangers » en France (1945-2006). *Politix*, 3, n° 95, 207-231.
- Doeringer, P. & Piore, M. J. (1971). *Internal Labor Markets and Manpower Adjustment*. New York : D.C. Heath and Company.
- Fusulier, B., Moulaert, T., Sirna, F. (2011). Les infirmières : engagement et distanciation. In B. Fusulier (dir.), *Articuler vie professionnelle et vie familiale. Etude de trois groupes professionnels : les infirmières, les policiers et les assistants sociaux* (pp.51-98). Louvain-le-Neuve : Presses Universitaires de Louvain.
- Gish, O. & Godfrey, M. (1979). A reappraisal of the "brain drain"—With special reference to the medical profession. *Social Science & Medicine*. Part C : *Medical Economics* 13 (1), 1-11.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2009). *Découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative*. Paris : Armand Colin.
- Humphries, N. et al. (2013). A cycle of brain gain, waste and drain - a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland. *Human resources for health*, 11 (1), 63.
- Huwart, J.-Y. & Verdier, L. (2012). *La mondialisation économique. Origines et conséquences*. OECD Publishing.
- Khelifa, M. (2012). Modèles migratoires en France. Crise économique et reconfiguration. *Hommes et migrations*, 1300, 6-16.
- King, R. (1993). *The New Geography of European Migrations*. London : Belhaven Press.
- Mésini, B. (2009). Enjeux des mobilités circulaires de main-d'œuvre : l'exemple des saisonniers étrangers dans l'agriculture méditerranéenne. *Méditerranée*, no 2, 105-112.
- Noiriel, G. (2004). Professions de santé, professions protégées : un historique. *Migrations société*, 16, n° 95, 65-76.
- OECD. 2009. *Perspectives économiques de l'OCDE, Rapport intermédiaire septembre 2009*. Vol. 2009. Paris : Organization for Economic Co-operation and Development. [http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/eco\\_outlook-v2009-sup1-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/eco_outlook-v2009-sup1-fr).
- OECD. 2015. *Panorama de la santé 2015*. Paris : Organization for Economic Co-operation and Development. [http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/health\\_glance-2015-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/health_glance-2015-fr).
- Olivier De Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve : Academia-Bruylant.
- Osty, F. 2003. *Le désir de métier : engagement, identité et reconnaissance au travail*. Presses universitaires de Rennes. <https://books.google.it/books?id=S8qNAAAACAAJ>.
- Ottaviano, G. & Peri, G. (2012). Rethinking the effect of immigration on wages. *Journal of the European economic association*, 10 (1), 152-197.
- Peugny, C. (2009). *Le déclassement*. Paris : Grasset.
- Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. *Revue française des affaires sociales*, no 1, 83-100.
- Piore, M.-J., et al. (1980). *Birds of passage*. Cambridge : Cambridge Books.
- Pleyers, G. (2012). Sociologie de la mondialisation. Au-delà des globalistes et des sceptiques. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, no HS : 105-123.
- Portes, A. (1999). La mondialisation par le bas [L'émergence des communautés transnationales]. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 129 (1), 15-25.
- Morice, A. & Potot, S. (2010). *De l'ouvrier immigré au travailleur sans papiers : les étrangers dans la modernisation du salariat*. Paris : KARTHALA Editions.
- Rouault, S. (2002). Europeanisation et territorialisation des politiques d'emploi : la force des liens faibles. *Sociétés contemporaines*, n° 3, 37-50.
- Salt, J. (1997). *Les migrations de travailleurs hautement qualifiés*. Paris : OCDE. Direction de l'éducation, du travail et des affaires sociales. Unité des migrations internationales. Document hors série, n° 3. [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD\(97\)169&docLanguage=Fr](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD(97)169&docLanguage=Fr)
- Tjadens, F., Weilandt, C. et Eckert, J. (2012). *Mobility of Health Professionals : Health systems, work*

*conditions, patterns of health workers' mobility and implications for policy makers.* Berlin : Springer Science & Business Media.

Véran, O. (2013). Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. *Les Tribunes de la santé*, n° 2, 77-85.

Vercellone, C. (2008). La thèse du capitalisme cognitif : une mise en perspective historique et théorique. In B. Paulré & G. Colletis (Eds), *Les nouveaux horizons du capitalisme. Pouvoir, valeur, temps* (pp. 71-95). Economica.

Vourc'h, F., de Rudder, V., Tripier, M. (1996). Racisme et discriminations dans le travail : une réalité occultée. *L'Homme et la société*, n°121-122, 145-160.

Wagner, A.-C. (1998). *Les nouvelles élites de la mondialisation : une immigration dorée en France.* Paris : Presses universitaires de France.

Wieviorka, M. (2009). La sociologie et la crise. *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 2, 181-198.

Wihtol de Wenden, C. (2001). Un essai de typologie des nouvelles mobilités. *Hommes & migrations*, n°1233, 5-12.