

Globalisation et inégalités et santé : la marchandisation du vivant

Prof. Jean-Daniel Rainhorn

17 janvier 2013

Quand un cannibale mange avec une fourchette

et un couteau... est-ce un progrès ?

Stanislaw Jerzy Lec (1909-1966)

1. Introduction

« *Marchandisation* » : que recouvre exactement ce vocable ? Le dictionnaire définit la marchandisation comme « *la transformation en marchandise, en produit commercial* » (ROBERT 2013). On observera cependant la subtile distinction que les anglophones font entre les termes *merchandizing* et *commodification*. Le premier terme désigne la promotion d'un produit commercial, le second la transformation de quelque chose en un produit commercial (*commodity*) qui peut être vendu ou acheté. Les anglophones, lorsque nous parlons de marchandisation du corps humain ou de parties de celui-ci (organes, tissus, cellules, gènes...), utiliseront donc les termes *commodification of human life, of human body, of organs...*

La marchandisation des êtres humains a toujours existé. On se souvient de l'esclavage et du servage, mais également du colonialisme et du prolétariat industriel. Ces formes de marchandisation ne disparaîtront que lorsque la notion de « travail décent », promu par l'Organisation Internationale du Travail (2013), sera reconnue et acceptée universellement. D'autres formes anciennes — mais toujours d'actualité — de marchandisation du corps humain sont la prostitution et le commerce des enfants. Aujourd'hui, la marchandisation du vivant, outre la commercialisation plus ou moins licite du corps humain ou d'éléments de celui-ci, recouvre également l'exploitation du corps des plus « vulnérables » pour la santé des plus « favorisés ». Les inégalités dans l'offre de soins et l'accès à ceux-ci reviennent à faire payer la santé des uns par celle des autres.

"Le corps humain a une valeur, mais il n'a pas de prix ; lui donner un prix porte atteinte à la dignité humaine" (KANT 1797). La marchandisation du vivant, qui recouvre la commercialisation plus ou moins légale du corps humain ou d'éléments de celui-ci, entraîne

automatiquement la désacralisation de celui-ci. Cette pratique va également à l'encontre du respect du droit de chacun de choisir librement ce qu'il fait de sa propre vie ou de son propre corps.

2. Les déterminants de la marchandisation du vivant

2.1. La globalisation néolibérale

La fin des années 1980 correspond à la fin d'un « siècle social ». La domination de la vision économique néolibérale a entraîné la dérégulation du commerce (GATT) et des services (GATS), la régression de l'Etat protecteur et la privatisation des services sociaux, par exemple dans les domaines de l'enseignement et de la santé. La dérégulation des services a permis la privatisation et la commercialisation du secteur de la santé. La question de l'accès financier aux services de santé est partout devenue déterminante. Ces évolutions ont contribué à augmenter les inégalités sociales et sont à l'origine de phénomènes d'exclusion extrêmement importants puisqu'ils concernent 20 à 25 % de la population mondiale.

Le choix fait dans certains pays émergents de répondre à une demande de soins non satisfaite, parce que trop chère, dans les pays développés a conduit, ces deux dernières décennies, au développement rapide d'un marché globalisé de la santé et d'un tourisme médical (*the global healthcare destination*) qui sont largement favorisés, à niveau de prestation théoriquement identique, par des différences de coûts très favorables pour le consommateur. Si, depuis longtemps, les élites des pays en développement ont l'habitude de se faire soigner dans les pays d'Europe et aux Etats-Unis, créant ainsi un flux sanitaire Sud/Nord, on assiste aujourd'hui à la naissance d'un courant contraire — Nord/Sud — représenté par les classes moyennes des pays développés qui recherchent des soins de qualité équivalente à celle de leur propre pays mais à des coûts inférieurs. Dans un premier temps, le tourisme médical regroupait essentiellement des activités de médecine esthétique ou de bien-être. Il concerne aujourd'hui, dans certains pays comme l'Inde, le Mexique ou le Brésil, des spécialités aussi importantes que la chirurgie cardiovasculaire ou l'oncologie, voire la transplantation d'organes, et ouvre ainsi la voie à une redistribution complète de l'offre de soins à l'échelle de la planète. Ce phénomène a permis la création dans les pays émergents de chaînes hospitalières offrant des soins de qualité et un confort hôtelier très supérieur au confort offert par les hôpitaux dans les pays industrialisés, qui ont pour seule vocation d'attirer des patients, provenant pour une bonne partie d'entre eux de pays industrialisés.

2.2. Les progrès médicaux et techniques

Certains progrès de la médecine vont contribuer au développement du marché globalisé de la santé. La transplantation d'organes est l'un des domaines où le développement de ce nouveau marché est le plus spectaculaire. L'amélioration des techniques chirurgicales ont progressivement permis depuis 1952 la greffe d'un rein, puis celle du foie (1963), du pancréas (1966), du coeur (1967) et du poumons (1983). Ces prouesses techniques n'auraient servi à rien sans la découverte des premiers immunosuppresseurs (1972) et surtout de la cyclosporine (1981), empêchant le rejet de l'organe transplanté par le système immunitaire du receveur. Un autre domaine dans lequel le marché globalisé de la santé se développe rapidement est celui de la procréation assistée, dont les progrès, depuis la naissance de Louise Brown en 1978, ont été fulgurants.

Le développement des techniques de communication est un autre déterminant de la globalisation du marché de la santé. D'une part, les services de santé peuvent être gérés à distance : dossier médical, banque de données, comptabilité, etc. D'autre part, les personnels de santé des pays émergents sont mis en contact avec les nouvelles techniques médicales développées dans les pays industrialisés grâce au développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ces nouvelles techniques médicales ont dès lors un impact grandissant sur l'enseignement supérieur, en particulier dans les facultés de médecine des pays émergents. La multiplication des bourses de formation dans les pays de l'OCDE y contribue également.

2.3. L'augmentation de la demande de soins

Le vieillissement de la population et les modifications de comportement (alimentation, addictions, sédentarité) dans les pays riches favorisent l'explosion de maladies chroniques. De nouveaux moyens thérapeutiques sont développés par l'industrie, avec pour conséquence une augmentation de la pression de l'offre sur la demande. La demande « réparatrice » ou « esthétique » augmente. La croissance de la demande entraîne une explosion des coûts de la santé. Les dépenses de santé en termes réels, dans les trente-quatre pays de l'OCDE, ont augmenté annuellement en moyenne de 4,0 % pendant la période 2000-2009, ce qui correspond à une croissance de près de 50 % en dix ans. Les augmentations les plus

importantes sont observées en République Slovaque (10,9 %) et en Corée (8,6 %), les variations les plus faibles au Portugal (1,5 %) et au Grand-Duché de Luxembourg (0,7 %) (OCDE 2011a). Les dépenses de santé totales par habitant et par an dans les pays de l'OCDE s'échelonnent entre quelques centaines et 8 000 US \$ PPA (OCDE 2011b). En 2000, les dépenses nationales de santé représentaient plus de 9 % du produit intérieur brut (PIB) dans sept pays ; en 2010, ils étaient vingt et un. Dans douze de ces vingt et un pays, les dépenses nationales de santé dépassent 10 % du PIB. Aux Etats-Unis, ces dépenses correspondent à 17,6 % du PIB. Dans les pays de l'OCDE, la dépense publique de santé est en moyenne de 72 %. Les autorités publiques recherchent bien évidemment des économies face à la pression de l'offre et de la demande.

2.4. L'émergence de nouvelles puissances

L'acronyme anglais « BRICS » désigne un groupe de pays qui sont communément appelés « émergents » : le Brésil, la Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud. Les BRICS sont des pays au sein desquels subsistent encore des inégalités sociales très profondes. Par contre, en 2011, ces pays représentaient 40 % de la population mondiale, 27 % de l'économie mondiale et 60 % de la croissance mondiale. A titre de comparaison, l'Union européenne représentait en 2011 7,2 % de la population et 22 % de l'économie mondiale. Certains de ces pays émergents – au premier rang desquels se situe l'Inde - sont particulièrement en pointe dans le développement du nouveau marché globalisé de la santé. D'autres comme le Mexique, la Thaïlande, la Colombie ou le Maroc offrent également des services médicaux de qualité et accueillent donc de nombreux patients étrangers.

3. Globalisation, santé et inégalités : le commerce du corps en morceaux

Parallèlement au tourisme médical évoqué plus haut, totalement licite, qui repose sur la recherche d'un avantage comparatif en termes financiers dans la prise en charge thérapeutique de certaines maladies, on observe également le développement d'un marché en marge de l'éthique et parfois de la légalité dans des domaines où la demande de soins ne peut être satisfaite dans le pays de résidence du patient pour des raisons essentiellement légales et éthiques. Celui-ci vient alors chercher ailleurs ce qu'il ne peut obtenir dans son propre pays. Ce second marché — souvent parfaitement intégré dans le premier — est dominé par la transplantation d'organes et la reproduction humaine. Il s'agit là de deux domaines dans

lesquels la législation en vigueur dans la plupart des pays riches est contraignante et limite considérablement les possibilités de recours à des soins médicaux. Dans certains pays où la législation est moins contraignante, le matériel vivant nécessaire (organes, cellules, tissus) ou l'individu prêt à louer son corps (mères porteuses) sont le plus souvent aisément disponibles.

3.1. Utérus à louer !

La demande dans les pays industrialisés provient de couples infertiles mais solvables. Elle découle également de l'existence de législations restrictives concernant des indications en marge de la médecine : fécondation *in vitro*, grossesses tardives, couples homosexuels, etc. Le nombre de couples en demande est difficile à estimer. On peut raisonnablement penser qu'ils sont quelques dizaines de milliers par an.

En réponse à cette demande, on a observé le développement d'une industrie non régulée de la procréation : banque de gamètes (ovocytes et spermatozoïdes), centres de procréation, et enfin mères porteuses (grossesse pour autrui). On les rencontre dans des pays comme l'Inde, la Russie, l'Ukraine, Chypre, mais également les Etats-Unis (*surrogate parenting*). Il est difficile d'estimer l'ampleur du phénomène avec précision — deux à trois mille grossesses par an ? — car il existe peu de statistiques fiables. En Inde, en 2011, environ six cents mères porteuses ont accouché. Ce nombre est en augmentation de 20 % par an. Les Australiens forment 40 % de la clientèle. Ce commerce aurait généré 2,3 milliards de dollars en 2012 (GUPTA 2011).

La question éthique est donc: qu'est-ce qui justifie l'utilisation du corps de femmes défavorisées pour que les classes aisées puissent faire des enfants ? Quelle attitude adopter face à cette assistance à la procréation aux dépens des femmes défavorisées ? La première consisterait, en accord avec les théories néolibérales, à laisser faire le marché. Il ne s'agit tout compte fait que d'un problème quantitativement « marginal » relevant du choix de couples qui, lui, dépendra du taux de succès de l'entreprise. D'autre part, on admettra que les femmes sont rémunérées pour leurs « services » (ovocytes, grossesses). Une autre attitude consisterait à réguler le marché, afin d'obtenir la transparence des activités et un prix « éthique » pour chaque service. A l'opposé, on pourrait proposer d'interdire ces pratiques et d'encourager le recours à l'adoption. Cependant, cette dernière pratique ne va pas également sans soulever des questions. En particulier, quelle instance va faire respecter la loi ? Et comment ?

3.2. Reins à vendre !

En 2001, près d'un million et demi de patients dans le monde étaient pris en charge pour insuffisance rénale terminale (MOELLER *et al.* 2002); 23 % de ces patients avaient bénéficié d'une greffe de rein, les autres étaient en dialyse. L'étude prévoyait que le nombre de patients en traitement, en 2010, serait de l'ordre de deux millions et demi.

On dénombre aujourd'hui plus de deux cent mille personnes officiellement inscrites en liste d'attente pour une greffe rénale. La demande est donc très importante. L'offre d'organes (donneurs cadavériques ou vivants apparentés) est de toute évidence insuffisante puisqu'on recense annuellement de l'ordre de cinquante mille greffes rénales.

Cette situation explique le développement du commerce des reins. Les bénéficiaires de ce commerce sont les insuffisants rénaux qui peuvent payer 30 à 80 000 US \$ pour une transplantation et la prise en charge ultérieure. Les donneurs sont des personnes non apparentées au receveur qui vendent un rein. Ils vivent dans des pays émergents à fortes inégalités sociales : Inde, Pakistan, Philippines, Chine, Egypte, Colombie, pays d'Asie centrale, et aujourd'hui le phénomène s'étend également parmi les populations défavorisées d'Europe (BILEFSKY 2012).

En Inde (GOYAL *et al.* 2002), 71 % des donneurs de rein vivent sous le seuil de pauvreté. Le plus grand nombre (96 %) vendent un rein pour payer leurs dettes. Dans ce pays, les donneurs ont reçu en moyenne la somme de 1 070 US \$. Malheureusement, six ans plus tard, le niveau d'endettement de 74 % de ces donneurs est identique, voire plus élevé, qu'avant la vente. D'ailleurs, 79 % de ces donneurs ne recommanderaient pas à d'autres de vendre un rein. En Colombie (MENDOZA 2010), la quasi-totalité des donneurs sont des hommes (98,4 %), et 80 % vivent sous le seuil de pauvreté. Soixante pour cent des reins sont vendus à des étrangers. Le donneur a reçu, en moyenne, 1 712 US \$. Moins de 10 % des donneurs ont bénéficié d'une visite post-opératoire. On ajoutera enfin que dans certains pays, la Chine en particulier, les organes de prisonniers exécutés font probablement l'objet d'un trafic organisé.

Qu'est-ce qui peut justifier que les organes de pauvres soient utilisés pour soigner les riches ? Quelle attitude adopter face au trafic d'organes ? En accord à nouveau avec les théories

néolibérales, doit-on laisser faire le marché ? On peut en effet considérer que les donneurs décident « librement » de vendre leurs organes. Le marché évoluera dans ce cas en fonction des avantages comparatifs offerts par les différents systèmes d'assurance-maladie. Dans ce cas-ci également, on pourrait souhaiter réguler le marché, afin d'obtenir la transparence des activités et un prix « éthique » pour chaque organe et de garantir la prise en charge médicale et l'accompagnement des donneurs. L'Iran est le seul pays où la loi autorise la vente d'organes d'un donneur vivant non apparenté (GHAHRAMANI *et al.* 2012). La législation iranienne a répondu effectivement à la demande d'organes et semble donner satisfaction même si des dérives sont observées (NOËL 2013).

En cas d'interdiction de la greffe d'organes provenant d'un donneur vivant non apparenté, la même question va à nouveau se poser de savoir comment faire respecter la loi ? Il va également falloir, dans cette hypothèse, prendre en charge tous les malades en attente de transplantation.

Le marché des mères porteuses et le commerce des organes soulèvent donc de très importantes questions éthiques et légales qui sont cependant souvent occultées par l'asymétrie socioéconomique qui existe entre les bénéficiaires (patients provenant de pays riches ou de classes aisées de pays émergents) et ceux grâce au corps desquels ces thérapeutiques sont rendues possibles (location ou achat d'organes à des personnes défavorisées). De nombreuses questions se posent dès lors, à l'échelle de la planète, relatives à l'amélioration de la santé des catégories sociales favorisées grâce à l'exploitation du corps de personnes humaines placées, du fait de leurs faibles ressources, en situation de vulnérabilité.

3.3. Le *brain drain* des professions de santé : les médecins des pays pauvres pour soigner les malades des pays riches.

La pénurie de professionnels de la santé, à l'échelle mondiale, est énorme. On estime le nombre de postes inoccupés à 4,3 millions. Cette demande importante éveille bien évidemment l'intérêt de tout professionnel de la santé cherchant de meilleures opportunités. Un troisième marché s'est donc également développé ces vingt dernières années, qui s'appuie sur l'asymétrie de développement socioéconomique à l'échelle de la planète. C'est celui du *brain drain* — autrement dit le pillage des cerveaux — des professionnels de santé. Un commerce parfaitement organisé et très lucratif qui conduit chaque année des milliers de

médecins et de paramédicaux à quitter le pays dans lequel ils ont reçu leur formation pour aller exercer leur métier dans un autre pays. Pour une partie d'entre eux, leur formation a été payée par les pays pauvres et ce sont des pays plus favorisés qui vont en bénéficier. Un transfert Sud-Nord de compétences et d'expérience qui contribue à aggraver la situation sanitaire des pays les plus vulnérables. Aujourd'hui, entre un quart et un tiers des médecins dans les grands pays anglo-saxons ont obtenu leur diplôme dans un autre pays, le plus souvent dans un pays pauvre où la situation sanitaire est parfois dramatique (tab. 1).

Plus de 30 % des diplômés formés dans trente-sept pays africains ont quitté le pays (CLEMENS & PETTERSSON 2008). Pour seize de ces pays, la proportion dépasse 60 % ! Près de 85 % des infirmières formées aux Philippines travaillent en dehors du pays (LORENZO *et al.* 2007). L'Inde exporte annuellement environ cinq mille médecins. Elle est le premier exportateur de médecins aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, le second en Australie. Cinquante-six pour cent de la migration médicale dans le monde se fait des pays pauvres vers les pays riches (NULLIS-KAPP 2005).

Tableau 1. Proportion (%) de médecins formés à l'étranger dans cinq pays anglo-saxons

Pays	Médecins formés à l'étranger	Médecins formés à l'étranger provenant de pays pauvres
Nouvelle-Zélande	34,5	60,2
Royaume-Uni	28,3	75,2
Australie	26,5	40,0
Etats-Unis	25,0	60,2
Canada	23,1	43,4

Sources : MULLAN 2005, ZURN & DUMONT 2008.

L'importation de professionnels de la santé diplômés présente de nombreux avantages pour les pays d'accueil. Ils évitent en particulier les coûts de formation qui sont souvent très élevés. A titre d'exemple, le coût de la formation d'un médecin dans les pays de l'OCDE est estimé entre 450 000 et 600 000 US \$. La main-d'œuvre en provenance des pays pauvres est très flexible, immédiatement disponible. Elle demande en règle générale une rémunération plus

faible que la main-d'oeuvre issue du pays d'accueil. Ce système apporte donc une solution rapide et économique aux carences des systèmes de santé et de formation des pays d'accueil.

Par contre, les conséquences pour les pays « pourvoyeurs » sont majeures. D'une part, ils perdent le montant du coût de la formation. A titre d'exemple, le coût de la formation d'un médecin en Afrique anglophone est estimé à 120 000 US \$. D'autre part, ces pays perdent des ressources humaines et des cadres formateurs dont ils ont grand besoin. Au sein des pays pourvoyeurs, l'évasion des cerveaux va accentuer la migration du personnel de santé resté au pays du milieu rural vers le milieu urbain, avec pour conséquence la formation de « déserts médicaux » là où la prévalence de morbidité est généralement la plus élevée. Ces pays souffrent dès lors d'un manque criant de personnel qualifié pour faire face aux problèmes de santé publique majeurs auxquels ils sont confrontés, tels que la pandémie du SIDA ou les problèmes de santé maternelle et infantile. Le *brain drain* médical a donc clairement pour conséquence un appauvrissement sanitaire et social des pays « sources ».

On ne peut ici oublier un pays qui pratique depuis longtemps une forme particulière d'exportation des professionnels de santé. Ce pays, Cuba, a une longue tradition de prêt de médecins et d'infirmières à des pays pauvres qui étaient – avant la chute du mur de Berlin - politiquement proches du bloc socialiste. Il s'agissait alors d'une coopération médicale de nature politique comme certaines puissances occidentales le faisaient également dans des pays qui faisaient partie de leur zone d'influence. Ce type de coopération médicale s'est étendu à des pays voisins comme Haïti où les médecins cubains jouent aujourd'hui un rôle majeur dans l'offre de soins et la lutte contre le choléra. Profitant de la très bonne réputation de son système de santé et d'un nombre très important de professionnels de santé, Cuba est entré récemment dans un système d'échange avec certains pays (Venezuela, Brésil) que l'on peut qualifier de « troc » : médecins contre pétrole, ou médecins contre produits de première nécessité. Il s'agit pour l'instant d'un nombre encore limité de professionnels de santé – quelques milliers selon différentes estimations - mais si une telle politique devait se développer, la question de ses conséquences négatives sur la population cubaine pourrait se poser.

Quelle attitude adopter face au *brain drain des professions de santé*? La première consisterait encore à laisser faire le marché, par respect pour la liberté de choix des individus et en arguant que les transferts de fonds (*remittances*) en provenance des pays d'accueil contribuent au

produit intérieur brut des pays sources. Une alternative consisterait à définir les règles d'un *brain drain* éthique, avec des quotas, visant à réguler le marché et, pourquoi pas, à compenser l'hémorragie en termes de biens et de services. Il paraît en tout cas illusoire de vouloir interdire le *brain drain* des professions de santé, en particulier en raison du fait que ceux qui pourraient le faire sont précisément ceux qui en ont besoin et en profitent.

Le *brain drain* n'est pas une spécificité médicale. Il existe pour d'autres professions particulièrement qualifiées (informaticiens, ingénieurs, chercheurs, etc.). Mais contrairement à la migration des professionnels de la santé dont, selon l'OMS, plus de 50% se fait des pays pauvres vers les pays développés, le « brain drain » dans d'autres secteurs économiques se fait plus volontiers des pays émergents (Inde, Asie du Sud-Est, Afrique du Sud, Amérique Latine) vers des pays plus riches (Amérique du Nord et Europe). Dans ce cas, l'impact sur les populations est alors moindre que dans les pays qui doivent relever des défis sanitaires considérables avec peu de moyens et de ressources humaines.

Enfin, il existe également dans de nombreux pays riches des mouvements de professionnels de la santé qui d'une part ont tendance à désertir les campagnes pour aller travailler en ville, et d'autre part n'hésitent pas à quitter leur pays pour aller s'installer dans d'autres pays développés. Cependant, ces mouvements migratoires n'atteignent jamais les proportions que l'on retrouve dans des pays d'Afrique australe ou du sous-continent indien pour les médecins et aux Philippines pour les infirmières.

4. Conclusion

La marchandisation du vivant apparaît donc comme un marché globalisé qui trop souvent se développe aux limites de l'éthique, du respect de la personne humaine et du droit à la santé pour tous, et qui contribue à accroître les inégalités de santé entre catégories sociales favorisées et défavorisées. Globalisation et inégalité et santé: un nouvel environnement dans le quel le corps humain, coupé en morceaux, devient une marchandise. Ce commerce est basé sur l'asymétrie socioéconomique et culturelle qui existe à l'échelle de la planète et à l'intérieur de chaque pays, et sur l'absence de règles juridiques communes. Ne sommes-nous dès lors pas autorisés à parler de pillage néocolonial du vivant et d'une nouvelle économie cannibale ?

ABREVIATIONS

GATT : General Agreement on Tariffs and Trade (Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce)

GATS : General Agreement on Trade in Services (Accord général sur le commerce des services)

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

PPA : Parité de pouvoir d'achat

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

BIBLIOGRAPHIE

BILEFSKY, D. 2012. Black market for body parts spreads among the poor in Europe. — *The New York Times* (12 June).

CLEMENS, M. A. & PETTERSSON, G. 2008. New data on African health professionals abroad. — *Human Resources for Health*, **6**:1. doi: 10.1186/1478-4491-6-1

GHAHRAMANI, N., RIZVI, S. A. H. & PADILLA, B. 2012. Paid donation : A global view. Outcomes of paid donation in Iran, Pakistan and Philippines. — *Adv. Chronic Kidney Dis.*, **19** (4) : 262-268. doi: 10.1053/j.ackd.2012.05.002

GOYAL, M., MEHTA, R. L., SCHNEIDERMAN, L. J. & SEHGAL, A. R. 2002. Economic and health consequences of selling a kidney in India. — *JAMA*, **288**: 1589-1593.

GUPTA, D. 2011. Inside India's surrogacy industry. — *The Guardian* (6 December).

KANT, E. 1994 [1797]. Métaphysique des mœurs. II, Doctrine du droit. Doctrine de la vertu. — Paris, GF-Flammarion, 291 pp.

LORENZO, F. M. E., GALVEZ-TAN, J., ICAMINA, K. & JAVIER, L. 2007. Nurse migration from a source country perspective: Philippine country case study. — *Health Serv. Res.*, **42** (3 Pt 2): 1406-1418. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00716.x

MENDOZA, R. L. 2010. Kidney black markets and legal transplants: Are they opposite sides of the same coin? — *Health Policy*, **94** : 255-265.

MOELLER, S., GIOBERGE, S. & BROWN, G. 2002. ESRD patients in 2001: Global overview of patients, treatment modalities and development trends. — *Nephrol. Dial. Transplant.*, **17**: 2071-2076.

MULLAN, F. 2005. The metrics of the physician brain drain. — *N. Engl. J. Med.*, **353** (17) : 1810-1818.

NOËL, A. 2013. Iran : le business du corps des pauvres. — *Grotius International. Géopolitiques de l'humanitaire* (4 mars). <http://www.grotius.fr/iran-le-business-du-corps-des-pauvres/>

NULLIS-KAPP, C. 2005. Efforts under way to stem 'brain drain' of doctors and nurses. — *Bull. World Health Organ.*, **83** (2) : 84-85.

OCDE 2011a. Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE.
<http://dx.doi.org/10.1787/888932530568>

OCDE 2011b. Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE.
<http://dx.doi.org/10.1787/888932530587>

Organisation Internationale du Travail 2013. <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang--fr/index.htm>

ROBERT, P. (dir. REY-DEBOVE, J. & REY, A) 2013. Le Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. — Paris, Le Robert.

ZURN, P. & DUMONT, J.-C. 2008. Health workforce and international migration : Can New Zealand compete ? — *OECD health working paper* **33**.