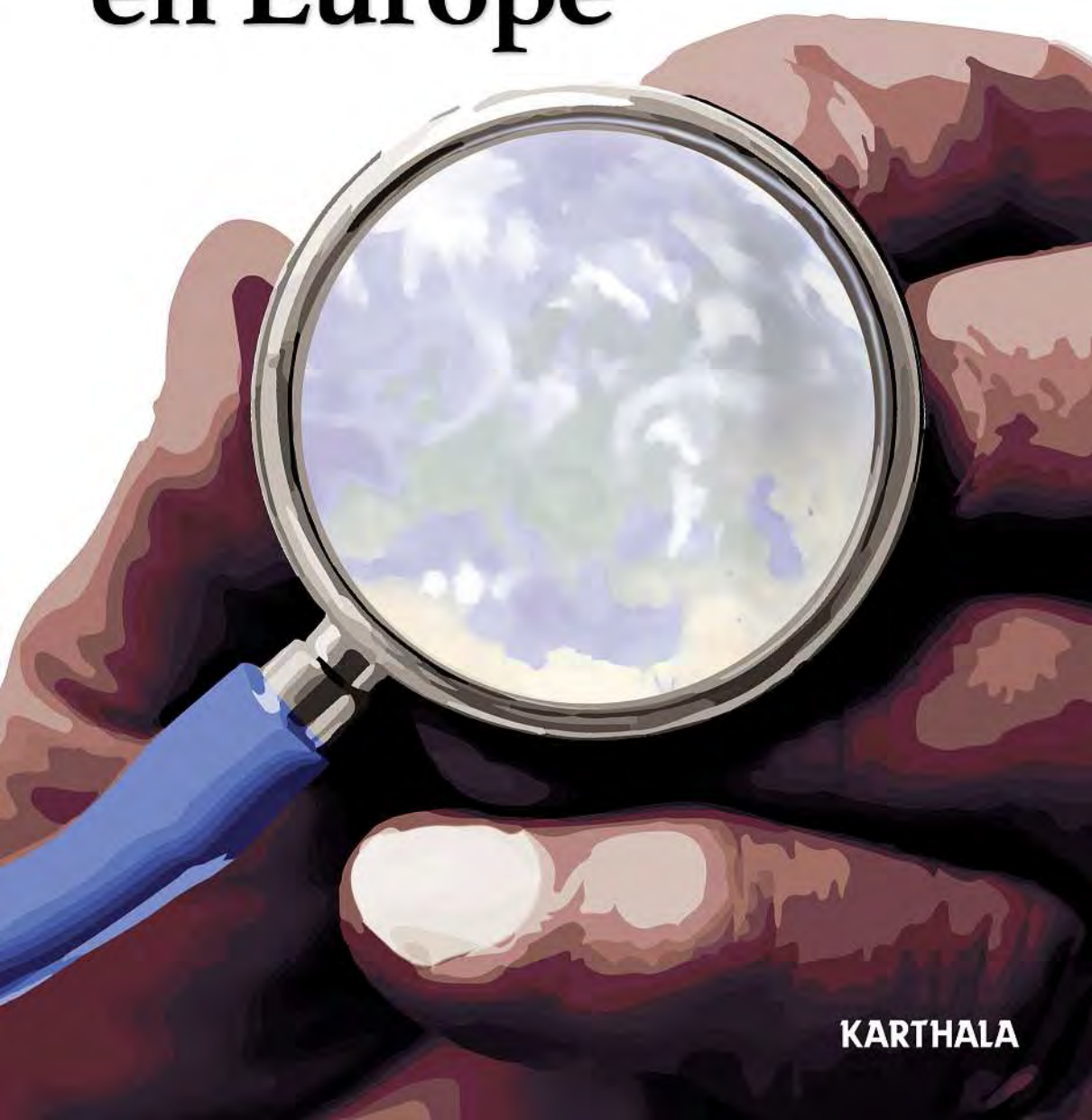


Angèle Flora MENDY

Être médecin africain en Europe



KARTHALA

Plusieurs milliers de médecins à diplômes africains, originaires du Maghreb, de l'Égypte et de l'Afrique au sud du Sahara, exercent aujourd'hui en Europe. Si les pays d'Afrique du Nord et d'Égypte viennent largement en tête avec 75 % des effectifs, l'Afrique subsaharienne représente avec Madagascar et Maurice les 25 % restants. L'ouvrage d'Angèle Mendy se concentre sur les cas de la France, de la Grande-Bretagne et de la Suisse, trois pays aux contextes d'accueil bien différents.

Ces docteurs du continent africain sont venus faire carrière dans les pays du Nord, principalement à l'appel de services hospitaliers ou d'agences de recrutement internationales, mais aussi comme praticiens libéraux. Ce sont des migrants qualifiés qui connaissent rarement des problèmes d'emploi dans leur pays d'origine, mais qui tentent leur chance dans des pays riches confrontés à des pénuries de personnel. À l'heure de la mondialisation, ces médecins ne sont pas différents des ingénieurs indiens ou chinois qui travaillent en Europe ou aux États-Unis ou des ingénieurs européens qui s'exportent en Chine ou au Qatar.

Angèle Mendy nous offre une série d'analyses sur cette migration spécifique. Jouent d'abord les anciennes relations de l'Europe et de l'Afrique de l'époque coloniale, prolongées après les indépendances par de nombreux échanges : la médecine occidentale représente pour les médecins du Continent une valorisation professionnelle et de nouvelles compétences. Pour comprendre le phénomène, il y a aussi et tout autant les conditions difficiles de l'exercice de la médecine dans les pays d'origine (insécurité ou guerre civile, revenus médiocres, équipements hospitaliers déficients, voire absents...). Comme tous les migrants, les médecins africains rêvent, eux aussi, de trouver un avenir meilleur.

L'ouvrage nous livre de nombreuses informations sur les législations et les pratiques médicales des trois pays européens étudiés. S'appuyant sur les témoignages des médecins eux-mêmes, Angèle Mendy ne manque pas de souligner aussi les difficultés de cette immigration toute particulière.



Angèle Flora Mendy est enseignante chercheuse en sociologie des migrations et de la santé à l'Université de Lausanne (Suisse). Sa thèse a reçu le prix de la Conférence des Universités de Suisse occidentale et celui de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne.

ISBN : 978-2-8111-1580-7

**ÊTRE MÉDECIN AFRICAIN
EN EUROPE**

Cet ouvrage est publié avec les concours du Bureau de l'Égalité de l'université de Lausanne, de la Société académique vaudoise (SAV) et du Fonds de publications de l'Université de Lausanne.

Cependant, les vues qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement celles des institutions qui ont soutenu sa publication.



KARTHALA sur Internet : <http://www.karthala.com>

Paielement sécurisé

Composition et mise en page : Charles Becker

Couverture Conception graphique : Labwat.

© Éditions KARTHALA, 2016
(Première édition papier, 2016)
ISBN : 978-2-8111-1580-7

Angèle Flora Mendy

Être médecin africain en Europe

Préface de François-Xavier Merrien

**Éditions KARTHALA
22-24, bd Arago
75013 Paris**

Remerciements

Cet ouvrage est l'aboutissement de plusieurs années de recherches qui ont pu être menées à bien grâce au soutien actif et généreux de la part plusieurs personnes et institutions.

La Faculté des sciences sociales et politiques de l'université de Lausanne qui m'a recrutée sur un poste d'assistante d'enseignement et de recherche puis d'enseignant-chercheur m'a fourni les conditions idéales pour la réalisation de la recherche. Le Laboratoire des politiques sociales et du développement (LAPSAD) et le Centre de recherche interdisciplinaire sur l'international (CRII) de l'université de Lausanne ont été des lieux d'accueil, de formation et d'échanges irremplaçables. En m'accordant une bourse postdoctorale, le Fonds national de la recherche scientifique m'a permis de remettre en forme dans des conditions idéales mon manuscrit de thèse en vue de sa publication.

J'ai eu la chance de bénéficier pour ce livre, dont le contenu a fait initialement l'objet d'une soutenance de thèse, des conseils et observations des professeurs Anne-Marie Guillemard, Christian Suter et Ilario Rossi. Je leur suis très reconnaissante pour leur générosité intellectuelle et leur souci de contribuer à la formation de la relève scientifique.

La version finale du livre a bénéficié des conseils avisés de l'équipe des professeurs Oliver Bakewell et Hein de Haas qui m'ont accueillie dans le cadre de ma bourse postdoctorale au sein de l'*International Migration Institute* (IMI) de l'université d'Oxford. Je leur dois toute ma reconnaissance.

Qu'il me soit permis d'exprimer ma gratitude à Charles Becker qui, plusieurs années auparavant, m'a initiée à la recherche en sciences sociales. Son encadrement a été décisif dans l'orientation de ma carrière de jeune chercheure.

Je voudrais surtout rendre un hommage solennel et témoigner ma profonde gratitude au professeur François-Xavier Merrien, qui a été non seulement un directeur de thèse attentif, un interlocuteur scientifique exigeant mais aussi un conseiller bienveillant tout au long de ma carrière universitaire. J'ai eu le privilège de faire partie de son équipe et de bénéficier de sa formation, de son encadrement ainsi que de ses expériences professionnelles durant plus de douze années de collaboration. Avec lui, je mesure l'importance du travail en équipe, de l'esprit critique, de la générosité intellectuelle et du sens du devoir. Que l'ensemble de son équipe

en soit également remercié, tout particulièrement mes collègues Sabina Gani, Pablo Dias, Justine Hirschy, Danièle Lopes, Julien de Bonneville, Roger Ngassa et Katy Lam pour le soutien moral et intellectuel qu'ils m'ont accordé tout au long de ces années.

Cet ouvrage n'aurait pas été publié sans le soutien à la relève et à la généreuse contribution financière du Bureau de l'Égalité de l'université de Lausanne, de la Société académique vaudoise (SAV) et du Fonds de publications de l'Université de Lausanne : qu'ils en soient ici vivement remerciés !

Listes des abréviations

AELE	Association européenne de libre-échange
AGCS (GATS)	Accord général sur le commerce des services
AGUIBEF	Association guinéenne pour le bien-être familial
AMDHS	Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse
AMDHS	AMDHS
BIT	Bureau international du travail
BOM	Bulletin de l'Ordre des médecins
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CMU	Caisse maladie universelle
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNUCED	Conférence des Nations Unies pour le commerce et le développement
CSCT	Certificat de synthèse clinique et thérapeutique
CSST	Conseil suisse de la science et de la technologie
CU	Certificat universitaire
DIS	Diplôme interuniversitaire de spécialité
ENC	Épreuves nationales classantes
FFI	Faisant fonction d'interne
FMH	Fédération des médecins suisses (<i>Fæderatio Medicorum Helveticorum</i>)
FMI	Fonds monétaire international
FSM	Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population
FSP	Fédération des praticiens de santé
GMC	General Medical Council
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
ICN	International Council of Nursing
IMF	International Monetary Fund
INPADHUE	Intersyndicale nationale des praticiens à diplôme hors Union européenne
LAMA	Première Loi fédérale sur l'assurance maladie et accident
LAMal	Deuxième Loi fédérale sur l'assurance maladie
LETr	Loi fédérale sur les étrangers
LPMéd	Loi sur les professions médicales
LSEE	Loi sur l'établissement et le séjour des étrangers
MMC	Modernising the Medical Careers
NHS	National Health Service

OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OCDE (OECD)	Organisation de coopération et de développement économiques
ODM	Office fédéral des migrations suisse
OFSP	Office fédéral suisse de la santé publique
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OIT (BIT)	Organisation internationale du travail
OLE	Ordonnance limitant le nombre des étrangers (OLE)
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAC	Praticien adjoint contractuel
PADHUE	Praticiens à diplôme étranger hors Union européenne
PAE	Procédure d'autorisation d'exercice
PAS	Programme d'ajustement structurel
PH	Praticien hospitalier
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
QCM	Questionnaire à choix multiples
SCM	Société cantonale de médecine
SNPAC	Syndicat national des praticiens adjoints contractuels
SNPADHUE	Syndicat national des praticiens à diplôme hors Union européenne
UKCAT	United Kingdom Clinical Aptitude Test

Préface

François-Xavier Merrien

La migration suscite aujourd'hui de grandes inquiétudes. Le mot réveille des émotions sans cesse renouvelées : la situation tragique des migrants secourus en mer ou disparus dans des conditions inhumaines, le destin terrible de personnes obligées de quitter leur terre natale pour échapper aux conflits, à la guerre, à la famine. Et, irrémédiablement, l'image de l'Afrique s'impose à nous.

C'est une perspective bien différente qui oriente le travail d'Angèle Flora Mendy.

Ce qui constitue l'originalité de son travail est qu'il concentre son analyse sur un segment de la population migrante le moins susceptible d'analyse misérabiliste : les docteurs en médecine des pays africains venus faire carrière dans les « pays du Nord » à l'appel de services hospitaliers ou d'agences de recrutement international ou tentant de s'insérer sur le marché du travail de la santé dans le pays où ils se sont installés.

Son livre parle de migrations africaines, mais non de migrants poussés par la faim embarqués sur des embarcations de fortune, mais de migrants très qualifiés, qui connaissent rarement des problèmes d'emploi dans leur pays d'origine et vont tenter leur chance dans les pays riches confrontés à des pénuries de personnels.

À l'heure d'une mondialisation économique toujours plus intense, ce type de migration ne devrait pas surprendre. Partout dans le monde, des spécialistes de tous les domaines d'activité cherchent à trouver des conditions d'exercice plus favorables. Des ingénieurs indiens ou chinois vont travailler en Europe ou aux États-Unis, des ingénieurs français s'exportent en Chine ou au Qatar.

Les médecins africains ne sont pas différents des autres spécialistes. Ils cherchent également à valoriser leurs compétences et ils ont souvent de bonnes raisons de chercher à quitter leur pays d'origine et des conditions d'exercice quelquefois déplorables, avec, parfois, une vie dans l'insécurité pour eux et pour leurs familles, ou des revenus médiocres. Comme le montrent les entretiens menés par Angèle Mendy, ils ne demandent qu'une chose : pouvoir exercer dans des conditions décentes la profession à laquelle ils se sont destinés. Ils rêvent de trouver ailleurs un avenir meilleur.

Le phénomène n'est pas nouveau. Depuis les indépendances, les médecins d'Afrique viennent se perfectionner dans les hôpitaux de France ou de Grande Bretagne. Ils trouvent parfois des opportunités d'emploi et restent pour exercer dans des pays lointains.

Au cours des années 1960 et 1970, la rhétorique sur le *brain drain*, la fuite des cerveaux, acquiert une certaine popularité dans les pays non alignés, mais elle a peu d'effets réels. Au fil des années et de l'internationalisation des échanges, la migration des personnels de santé ne soulève aucun scandale.

La référence « tiers-mondiste » au *brain drain* s'efface au profit d'une référence économique libérale aux avantages des échanges internationaux. Nombre d'études s'appuient sur l'étude des diasporas et des transferts de fonds (« remittances ») pour démontrer les avantages mutuels que les pays peuvent retirer des migrations internationales.

Sur fond de déséquilibre démographique, les pays du Nord ont besoin des ressources humaines des pays du Sud, tandis que ces derniers bénéficient en retour des transferts de fonds des migrants et des retours de personnels expérimentés qui contribuent au développement de leur pays d'origine.

À dire vrai, jusqu'à la fin des années 1990, le débat est demeuré souterrain. Les services de santé des pays riches ont continué à puiser dans le stock des médecins diplômés d'Afrique pour combler leurs manques en professionnels, d'autant plus importants que les ressources humaines nationales étaient peu nombreuses, que les budgets se rétrécissaient et qu'avec le vieillissement de la population, les besoins continuaient à croître.

De leurs côtés, les migrants ont trouvé des emplois en Europe, correspondant dans certains cas à leurs qualifications et les cantonnant parfois dans des positions subalternes.

Tout bascule à la fin des années 1990. Sur fonds d'une prise de conscience de l'immense pauvreté dans laquelle vivent les populations d'Afrique et des pays les plus pauvres, la santé primaire est promue par l'Organisation des Nations Unies comme un objectif prioritaire parmi les Objectifs du millénaire pour le développement. Des associations humanitaires et des organisations professionnelles de médecins s'émouvent de l'aggravation des conditions sanitaires que connaissent les pays africains. L'objectif est indiscutable, mais prend une forme inattendue lorsque la pauvreté des indicateurs de santé en Afrique est mise en relation avec la migration des professionnels de santé.

Les migrations des professionnels (médecins et infirmiers/infirmières) sont désormais traitées sur un mode dramatisé comme une des causes du sous-développement sanitaire. Les organisations internationales s'emparent

de la thématique. Certains pays africains exigent des réparations de la part des pays riches. Plusieurs pays européens, dont le Royaume-Uni est le leader incontestable, militent pour un code éthique interdisant le recrutement de personnels de santé issus d'un pays pauvre.

Les notions d'exode des cerveaux et de leurs effets dramatiques sur la couverture santé des pays pauvres ont reçu un large écho dans les médias. Le débat est largement monopolisé par les experts des pays du Nord.

Dans ce *storytelling* digne du meilleur marketing contemporain, les bons ce sont les pays du Nord qui se préoccupent de la santé des populations des pays du Sud ; les mauvais sont les médecins des pays du Sud qui abandonnent leurs concitoyens pour courir vers les verts pâturages du Nord.

Et, comme toujours, ce nouveau paradigme tend à devenir hégémonique. Les pays du Nord peuvent se draper du manteau de la vertu en édictant des lois protectionnistes afin de protéger leur marché du travail.

L'une des parties les plus intéressantes du livre est le moment où Angèle Flora Mendy entreprend de déconstruire la dramatisation du discours sur la migration des médecins, qui prend naissance au cours de la seconde moitié des années 1990. Cette déconstruction prend tout d'abord la forme d'une étude statistique des flux migratoires, puisque l'effet de dramatisation est d'abord un effet grossissant. Les flux réels ne sont pas les flux imaginaires. Elle se poursuit par une étude des facteurs de la migration et une évaluation de l'efficacité réelle des politiques restrictives. Elle se prolonge par une analyse magistrale des conditions réelles d'exercice des médecins africains dans leur pays de destination.

Le thème central du livre d'Angèle Flora Mendy se perçoit clairement à partir de ce point de départ. Les trajectoires migrantes s'inscrivent au croisement du passé colonial des pays et de la constitution des systèmes de santé. Les anciennes métropoles continuent d'exercer leur attractivité sur les peuples des anciennes colonies. Et l'attractivité est grande lorsque les anciennes puissances ouvrent leur marché du travail. Cela posé, l'ouverture des portes de ce marché peut être plus ou moins grande et l'analyse d'Angèle Flora Mendy introduit toutes les nuances nécessaires dans l'analyse des trajectoires professionnelles comparées des médecins africains cherchant à intégrer des systèmes de santé aussi différents que le système de santé britannique, le système français ou le système suisse.

Il existe un monde entre le Royaume-Uni qui, créant le National Health Service, trouve les plus grandes difficultés à recruter des personnels qualifiés, et la France et la Suisse où le métier de médecin demeure au sommet de la hiérarchie des professions.

Quand les élites scolaires délaissent les études médicales ou partent exercer aux États-Unis, au Canada, en Australie, ou en Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni ouvre grand les portes de la profession aux médecins formés dans les anciennes colonies, selon des modèles qu'il y a introduits. Inversement, la France et la Suisse ne connaissent pas ce problème. Les meilleurs étudiants se pressent dans les facultés de médecine. Les deux pays choisissent la préférence nationale. Toutefois, là aussi, il est essentiel d'introduire des nuances. En Suisse, l'idéologie des « trois cercles » proscriit de fait – sauf circonstances exceptionnelles – l'emploi de praticiens non suisses ou non européens. En France, l'émergence de l'exercice libéral de la profession médicale s'est accompagnée d'un tournant nationaliste, mais la pression des besoins du système hospitalier oblige à contourner la norme et s'édifie lentement un système de santé dual sur la base des origines, Français et Européens d'un côté / non-Européens de l'autre.

Le destin des médecins diplômés d'Afrique s'en trouve durablement marqué : ouvert sur la base des qualifications au Royaume-Uni ; totalement fermé en Suisse, possible en France, mais avec l'acceptation d'un statut second ou d'une décision politique d'admission d'un quota de praticiens avec un diplôme délivré hors de l'Union européenne.

Et puis, l'émergence de nouvelles idées, d'une « nouvelle éthique du développement » comme elle se nomme vient rebattre totalement les cartes. Difficile d'être un non-Européen en Europe !

N'allons pas plus loin de peur de déflorer les analyses fines qu'Angèle Flora Mendy nous dresse des carrières des médecins africains depuis le moment où ils esquissent leur décision de partir jusqu'au moment où ils commencent à travailler, ou essaient de le faire, dans le pays européen où ils se sont installés.

Espoir pleinement réalisé pour les uns, totalement impossible pour les autres, partiellement acquis pour les troisièmes, et le risque de voir l'Europe se replier totalement sur elle-même.

Le livre d'Angèle Flora Mendy apporte une compréhension indiscutable à la sociologie des migrations qu'elle aborde sous un angle nouveau : celui des carrières des migrants replacées dans leur contexte global, et celui des migrants qualifiés, moins abordé dans la littérature internationale. Pas seulement, car son livre est aussi une contribution importante à la sociologie des transferts d'idées et des politiques publiques, mais aussi à la sociologie comparée des systèmes de santé nationaux et des règles du jeu qui en régulent le fonctionnement.

Il donne à penser et nous apporte des perspectives nouvelles qu'il convient désormais d'approfondir.

Introduction

Ce livre porte sur la migration des médecins africains vers l'Europe, sur les espoirs qui les poussent à quitter leur pays et sur les conditions réelles d'insertion professionnelles qui sont les leurs dans trois pays européens.

Il ne se contente pas d'analyser les raisons qui les engagent à partir de leur pays d'origine, ou les facteurs qui les attirent à l'étranger : il essaie d'analyser l'ensemble de leur parcours depuis la création d'un désir jusqu'à la réalisation, ou non, d'une aspiration dans des conditions parfois très différentes de celles qui étaient imaginées au départ. Car, les « carrières » professionnelles des migrants peuvent prendre des tournures très variées en raison, notamment, des traditions et des législations des pays d'accueil.

La majorité des études traitant des migrations des professionnels qualifiés et celles, fort peu nombreuses, consacrées aux migrations des médecins africains sous-estiment encore très largement les facteurs institutionnels et politiques propres aux pays d'accueil. Les réalités peuvent être très diverses. Selon les pays, le recrutement de médecins africains peut relever de la politique générale vis-à-vis des étrangers, mais peut également relever de règles particulières (Peterson *et al.* 2013). Le rapport politique globale / politique sectorielle (Jobert 1987) est largement déterminé par la structure du champ médical dans les pays concernés – place de l'exercice « libéral » de la médecine, part de la médecine privée et de la médecine publique – et donc de l'attrait de la profession ou de certains segments de celle-ci. L'héritage du passé détermine largement la place qui est offerte aux médecins africains au sein des différents systèmes. Elle peut être forte ou faible, fortement ou faiblement légitimée. En effet, dans tous les cas de figure, le cadre institutionnel au sens large est également producteur de sens. Le médecin africain peut être considéré soit comme un professionnel parfaitement légitime ou capable, soit comme un pis-aller. L'analyse des récits de politiques publiques permet de comprendre le sens accolé à l'expression « médecin étranger » dans des espaces nationaux spécifiques.

Cet ouvrage a donc pour objectif d'étudier de manière comparative non seulement les facteurs de la migration, mais aussi les conditions réelles de travail de ceux qui ont effectué ce grand saut vers des pays d'Europe, sur les bénéfices qu'ils en tirent et sur les stigmatisations dont ils sont éventuellement victimes.

La migration des médecins est donc soigneusement encadrée par les politiques publiques adoptées par les différents pays. Or, ces politiques sont largement le résultat de représentations morales sur ce qui est juste ou injuste, licite ou illicite. Les politiques envers les migrants sont, plus que

toutes autres politiques sans doute, sensibles aux évolutions des opinions publiques et aux commentaires des experts.

Or, au cours des années durant lesquelles a mûri mon projet de recherche, le discours sur les migrations de santé a connu un brusque revirement. Dans la période où j'entreprends ma recherche, émerge un discours international très critique envers cette migration, accusée d'affaiblir les systèmes de santé des pays les plus pauvres de la planète et de provoquer une véritable catastrophe sanitaire. Ce discours produit des effets directs sur la législation de certains pays, comme le Royaume-Uni, qui passent brutalement d'une politique ouverte à une politique très restrictive.

Ce discours, d'abord limité au Royaume-Uni, se diffuse très lentement sur la scène internationale et produit des effets réels sur la manière d'appréhender les migrations des professionnels de santé. Ce changement a eu un impact direct sur mon travail.

En 2003, au moment où je commence à m'interroger sur la globalisation dans le domaine de la santé et où j'effectue mon stage de Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)¹⁷ dans le département « Globalisation, Trade and Public Health » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁸, le discours sur la circulation internationale des médecins est de tonalité très largement positive. L'accord général sur le commerce des services (AGCS) négocié au sein de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) vise à élargir la circulation des hommes et des services. La Banque mondiale valorise les aspects « gagnant-gagnant » des migrations internationales. Au sein même de l'OMS, la tonalité des discours est globalement identique. La plupart des discours sont en faveur de la libéralisation et du commerce des services de santé (Rapport conjoint OMS/OMC 2002). Seuls quelques experts émettent de fortes critiques (*cf. Bulletin de l'OMS*, 82, 8, 2004). Le service, au sein duquel je suis stagiaire, est à la pointe du courant en faveur de la libéralisation.

En revanche, dès juin 2004, lors de la session de formation organisée en commun par l'Université de Lausanne et l'OMS, à l'intention des cadres de la santé des pays du Sud¹⁹, j'observe de fortes tensions entre les dirigeants qui veulent aller de l'avant, et insérer les services de santé dans la globalisation du commerce et des experts des organisations qui émettent de fortes réserves sur cette assimilation. Ces tensions reflètent la tournure controversée que prend le sujet au niveau international dans le contexte de la mise en œuvre progressive des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

17. Diplôme d'études supérieures spécialisées « Globalisation et régulation sociale », commun aux universités de Lausanne et Genève.

18. À l'issue duquel je rédige mon mémoire de DESS sur *Les accords multilatéraux de commerce et le secteur de la santé au Sénégal*.

19. Les participants sont des hauts fonctionnaires de plus de quarante pays.

Dans un article retentissant : « Medical Migration : Who Are the Real Losers ? » (Bundred & Levitt 2000), le *Lancet*, la principale revue médicale du Royaume-Uni, qui fait autorité sur le plan international accuse les pays développés de piller les ressources humaines des pays du Sud dans le domaine de la santé. Le *Lancet* affirme que la migration massive des professionnels de santé d'Afrique subsaharienne favorisée par les agences britanniques affaiblit encore un continent caractérisé par des indicateurs de santé catastrophiques et des pandémies mortelles (VIH/sida, paludisme, tuberculose). Progressivement, le cri d'alarme du *Lancet* reçoit un écho favorable auprès des ONG internationales, puis des gouvernements et des associations professionnelles. Les pays du Sud, eux-mêmes, reprennent ce discours et font émerger la thématique des réparations financières. L'Afrique du Sud est à la pointe de ce mouvement.

La question du *brain drain* qui avait disparu des débats internationaux y revient avec force, mais dans une perspective totalement différente puisqu'insérée dans une réflexion sur les effets négatifs possibles de la globalisation pour les pays pauvres. Pour les organisations qui ont défendu l'idée que le commerce international est le meilleur moyen de diminuer la pauvreté au plan international, la question est grave. La Banque mondiale, l'OMS et les plus globalement l'ONU entament une réflexion sur le nouveau *brain drain* et la nécessité de le réguler, d'y mettre fin ou de l'atténuer. La question, posée sur le plan éthique, interroge toute la communauté internationale.

Dans ce débat, le professionnel africain (médecin, infirmier) engagé dans la migration fait figure de coupable : coupable d'abandonner son peuple aux maladies, coupable d'avoir bénéficié des largesses de son gouvernement pendant ses études pour l'abandonner le diplôme obtenu.

Ce débat ne m'a pas laissée indifférente. D'une certaine manière, il faisait écho à ma situation de diplômée d'une université africaine (Gaston Berger, au Sénégal) engagée dans une carrière d'enseignant-chercheur en Suisse. Devais-je me sentir coupable de ne pas avoir trouvé de travail à la hauteur de mes attentes dans mon pays natal ? Devais-je me considérer responsable du niveau déclinant de la recherche universitaire africaine ?

J'ai poursuivi ma réflexion sur la migration des médecins africains dans les pays européens auxquels je m'intéressais de manière prioritaire : la Suisse, la France, la Grande-Bretagne. J'ai entrepris de réaliser des dizaines d'entretiens en Afrique et en Europe, auprès d'administrateurs de systèmes de santé, de responsables d'institutions hospitalières, de syndicalistes, de responsables d'organisations de santé et de médecins s'étant installés en Europe ou ayant l'intention de le faire.

Au fil de mes rencontres et de mes lectures, le caractère simplificateur des discours sur les migrations des médecins m'est vite apparu. J'ai ainsi constaté notamment que :

– le professionnel de santé africain n'est pas cette personne libre de s'installer où elle veut, tel que le décrivent les discours sur la migration des personnels qualifiés. Il doit faire reconnaître la valeur de ses diplômes et ce n'est pas si facilement acquis ; il doit combattre les préjugés, accepter d'affronter l'exil et le risque de l'échec, faire face à la discrimination, qu'elle soit légale ou cachée.

– En matière d'emploi, la majorité des pays d'Europe continentale protège soigneusement ses professionnels de santé de la concurrence extérieure. Ils établissent des barrières à l'entrée et segmentent leur marché de travail entre nationaux et étrangers. Seuls les pays anglo-saxons font systématiquement appel aux ressources des professionnels qualifiés des pays du Sud.

– Freiner la migration des personnels de santé des pays du Sud n'est qu'une solution apparente aux problèmes sanitaires de ces pays. Il ne suffit pas de restreindre les possibilités de départ de leurs personnels pour améliorer les indicateurs de santé. Les conflits, la corruption souvent endémique, les conditions de l'exercice professionnel très médiocres, les revenus faibles, les pressions politiques et claniques compromettent souvent la réalisation d'objectifs sanitaires raisonnables. Pour réaliser leurs aspirations professionnelles et entretenir leur famille, beaucoup de professionnels considèrent qu'ils n'ont pas d'autres choix que de migrer dans un pays où ils pourront exercer leur art et percevoir les revenus qu'ils méritent.

– Dans les pays occidentaux, les médecins à diplôme africain peuvent parfois se voir offrir des conditions de travail et d'exercice parfaitement décentes et comparables à celles de leurs confrères occidentaux, mais ils peuvent également être condamnés à exercer dans des conditions infra-légales, à être mal payés et peu reconnus, tout en effectuant les tâches qui font partie de leurs compétences.

– Ceux qui monopolisent le discours sur l'exode des professionnels de santé sont des médecins des pays du Nord, des experts des organisations internationales (y compris des Africains), des ONG humanitaires, des personnalités académiques du Nord (principalement), les gouvernements de quelques pays d'Afrique davantage préoccupés par des éventuelles retombées relevant des mesures compensatoires. En revanche, on entend pas ou peu les principaux intéressés, ces médecins africains installés en Europe ou aux États-Unis, sinon au travers de questionnaires sur les raisons du départ.

– Les nouveaux discours dénonçant l'exode des professionnels de santé des pays du Sud sont souvent réducteurs. Ils sont parfois le fruit d'une réelle indignation très compréhensible ; mais parfois aussi, ils ne sont que le masque d'un protectionnisme professionnel ou d'une forme de xénophobie ou de racisme plus ou moins « déguisé ».

– Pour la majorité des médecins, l'effet de ces discours est parfois de créer une forme de mauvaise conscience. Néanmoins, en France et en moindre mesure en Grande-Bretagne, les médecins africains et leurs organisations

dénoncent vigoureusement ces discours. Selon eux, la teneur protectionniste et xénophobe de ces discours est indéniable. La prétention éthique de ces discours a pour effet de produire un effet de rejet des praticiens d'origine africaine des pays du Nord. Sous couvert de défense du développement, ils conduisent, de fait, à interdire la libre circulation et le droit d'installation des individus pourtant inscrits dans la Convention internationale des droits de l'homme. Alors que la majorité des médecins européens peuvent s'installer où ils le désirent, sans tenir compte de la carte des besoins cruciaux, et choisir des spécialisations lucratives quand les besoins de base sont moins couverts, le médecin africain se voit sommé de rester en Afrique. Le médecin occidental peut se dévouer à soigner les populations pauvres d'Afrique, mais le médecin africain ne peut s'installer dans les régions rurales d'Europe où la densité médicale est extrêmement faible et les besoins énormes.

Cette controverse à teneur émotionnelle forte a beaucoup influencé la construction de ce livre.

À la différence des ouvrages qui se sont attachés aux motifs de la migration des professionnels qualifiés, celui-ci se donne pour objectif d'embrasser l'ensemble des processus qui contribuent à la construction sociale du phénomène de la « migration internationale des médecins africains ». Il prend comme point de départ l'étude du nouveau discours critique des migrations des médecins d'Afrique. Il se poursuit par l'analyse de flux réels des migrations des professionnels de santé (médecins) des pays d'Afrique vers les pays « du Nord », il se prolonge par une analyse des conditions de migration et d'« installation » réelles des médecins africains dans quelques pays.

En tout premier lieu, cet ouvrage peut se définir comme une tentative de déconstruction d'un discours global à prétention éthique et universaliste dont j'analyse la portée imaginaire et les limites réelles. Il apparaît une contradiction entre le discours dominant dit « éthique » qui dénonce la migration du personnel médical africain et le protectionnisme et la segmentation du marché du travail qui prévaut dans plusieurs pays d'accueil. Ce double standard moral suscite une lecture biaisée du phénomène de la migration des médecins africains en Europe. Les nouveaux discours sur la migration des médecins africains qui se prétendent éthiques se caractérisent par leur caractère simplificateur au regard des conditions de recrutement et de la place qui leur est accordée dans les pays de destination. En effet, la forme de recrutement international des professionnels de santé que dénonce la communauté internationale ne concerne qu'un nombre limité de pays, essentiellement des pays anglo-saxons. Le discours dominant sur la migration des professionnels de santé est en déphasage avec les réalités de la plupart des pays européens au sein desquels la médecine est une profession protégée du point de vue institutionnel et fermée par son fonctionnement interne. En dehors de

quelques pays qui ont instauré depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale une forme d'ouverture de leur marché, les médecins africains se voient difficilement reconnaître le droit d'exercice en Europe. Le nouveau discours a pour effet de restreindre davantage encore le droit de migrer. Il exerce une influence directe sur les politiques publiques de santé, soit en introduisant des mécanismes nouveaux de restriction de l'exercice des médecins africains, soit en produisant des justifications nouvelles aux restrictions déjà existantes.

En second lieu, le livre analyse les conditions réelles d'insertion professionnelles des médecins africains en Europe. Une analyse conjointe des discours internationaux, des politiques nationales et des stratégies des acteurs (collectifs ou individuels) montre que les enjeux de la migration des professionnels de santé relèvent plus de l'intérêt stratégique que de déterminations éthiques. Les nouveaux « référentiels » sur la nécessité de mettre fin au recrutement de médecins issus de pays africains ne produisent une transformation des pratiques que lorsque celles-ci sont en contradiction avec le discours dit « éthique ». Le cadre institutionnel du pays d'accueil hérité du passé exerce un rôle déterminant sur l'ouverture de la profession aux médecins africains. Dans les pays qui mettent en œuvre une exclusion des médecins africains ou une dualisation du marché du travail de santé selon l'axe nationaux (et ou membres de l'UE) / étrangers, le nouveau discours, dit éthique, conduit à des formes nouvelles de légitimation des politiques antérieures. L'analyse des migrations des médecins africains relève donc, d'une part, d'une analyse globale des migrations et des facteurs qui les motivent et, d'autre part, d'une étude comparée des carrières professionnelles au sein de systèmes politiques et institutionnels structurés de manière différente.

Migration des professionnels de santé au regard des perspectives existantes

Le cadre théorique qui sous-tend notre recherche cherche à établir un pont entre trois perspectives théoriques. La première, nommée globalement « étude des migrations internationales », prend pour objet principal l'étude des facteurs des migrations et aide à comprendre les « carrières » et les flux internationaux des médecins africains.

La seconde, inspirée du néo-institutionnalisme, s'intéresse aux poids des institutions héritées du passé dans les perspectives professionnelles différenciées qui sont offertes aux migrants dans les différents pays.

La troisième perspective, issue de la seconde, cherche à rendre compte du rôle des idées et des forums de politiques publiques dans la formation et la transformation des politiques publiques.

Les théories de la migration internationale

La migration des professionnels de santé des pays du Sud vers les pays du Nord de manière générale, celle des professionnels de santé africains en particulier, ne peut pas faire l'économie des théories de la migration internationale quand il s'agit de s'interroger du point de vue théorique sur le processus et les facteurs de migrations. Cependant, ces perspectives ne sont pas toutes vérifiables dans le cas des professionnels qualifiés (*cf.* Massey *et al.* 1993 ; de Haas 2001). Néanmoins, la plupart des questionnements à l'origine de la réflexion sur la migration internationale s'y trouvent posées (de Haas 2008 ; Castles, de Haas & Miller 2014), même si la théorie économique et la théorie des choix individuels dominent le champ d'analyse de la migration des professionnels de santé du Sud vers le Nord. Par ailleurs, de nombreux théoriciens, notamment ceux de l'école d'Oxford (de Haas 2008, 2014 ; Castles *et al.* 2014 ; Bakewell 2007), mettent en évidence le fait qu'il n'existe pas, en l'état actuel de la littérature sur la migration internationale, une théorie cohérente à même de rendre compte du phénomène de migration dans son ensemble. En effet, la revue actuelle de la littérature témoigne seulement de l'existence de théories et de modèles partiels, qui sont développés à travers des perspectives disciplinaires et selon des réalités sociales différentes, mais qui toutefois se complètent pour la plupart : il est donc possible de poser l'hypothèse que les individus visent, à travers leurs actes, à maximiser leurs revenus, tandis que les familles cherchent à réduire les risques du ménage (Massey *et al.* 1993). De même, le contexte à l'intérieur duquel les décisions de la migration sont prises peut être conditionné par les forces structurelles agissant au niveau national et international. De fait, l'état des lieux et l'analyse empirique de la migration internationale des professionnels de santé africains révèlent que les facteurs de leur migration sont à la fois multiples et divers. Cette analyse fait l'objet de la première partie de l'ouvrage qui établit un état de la question et une étude du processus de migration. Elle vise à comprendre les facteurs de migration du point de vue des acteurs, en s'appuyant sur les théories existantes de la migration internationale.

Le cadre d'analyse néo-institutionnelle

La seconde partie étudie l'émergence d'un nouveau discours à propos des migrations de santé sur la scène internationale. Enfin, la troisième constitue une analyse comparée des formes d'intégration professionnelle des médecins dans les trois pays considérés. Elle met en évidence l'importance des phénomènes de dépendance de sentier *path dependency* et la pertinence des analyses néo-institutionnalistes pour l'étude des migrations internationales.

Brièvement résumé, le néo-institutionnalisme (NI) recouvre différentes approches : le néo-institutionnalisme de l'action rationnelle, le néo-institu-

tionnalisme organisationnel, dit aussi néo-institutionnalisme sociologique, et le néo-institutionnalisme historique (Taylor & Hall 1996)²⁰. Elles ont en commun de souligner l'importance des institutions définies comme les règles du jeu, formelles et informelles, qui structurent les activités des acteurs par le biais de contraintes collectives formelles (système légal) ou informelles (coutumes), de normes collectives, de valeurs et de règles collectives (North 1990). Les cadres institutionnels régulent et structurent les interactions des acteurs, influent sur les attentes, définissent ce qui est légitime et ce qui ne l'est pas. La théorie néo-institutionnaliste vise en tout premier lieu à expliquer la permanence des arrangements de politiques publiques dans le temps. La notion de « dépendance du sentier emprunté » formulée par l'économie institutionnaliste (North 1990) insiste sur la difficulté de sortir d'une forme de politiques publiques créée depuis longtemps. Le postulat de cette approche est que, lorsqu'une voie a été empruntée, elle devient irréversible, quand bien même elle conduirait à des résultats sous-optimaux. Sur la durée se produisent des effets de blocage (*lock-in effects*) et de renforcement qui rendent plus difficiles et plus coûteux le changement de politiques (Pierson 2000 ; Mahoney 2000). En dépit des critiques qui lui ont été adressées (Schmidt 2008), le néo-institutionnalisme demeure très attentif à rendre compte du changement de politique publique et ne se limite pas à une théorie de la permanence dans le temps (Mahoney 2000). Le néo-institutionnalisme historique (Hall 1990 ; Merrien 1990 ; Pierson 2000 ; Mahoney 2000) accorde une importance prioritaire aux moments historiques critiques (*critical junctures*) dans lesquels des politiques publiques aboutissent à des résultats non attendus et finissent par conduire les responsables à une remise en cause du paradigme d'inspiration de ces politiques et à la mise en œuvre de politiques fondées sur un paradigme totalement différent (*paradigm shift* ou « révolution paradigmatique »). Kingdon (1984) met ainsi l'accent sur les « fenêtres d'opportunité » durant lesquelles il est possible d'inventer des politiques d'inspiration nouvelles. Dans ces contextes d'ouverture, les idées nouvelles – nouveau référentiel – (Jobert & Muller 1987) portées par des communautés épistémiques jouent un rôle déterminant pour rendre légitimes de nouvelles conceptions de la réalité sociale à partir desquelles des politiques totalement ou partiellement nouvelles peuvent être introduites. De ce point de vue, le référentiel international est perçu comme constituant un ensemble d'idées et de valeurs, une façon de se représenter le fonctionnement de la société, qui tend à dominer la réflexion récente et à orienter de manière plus

20. La théorie néo-institutionnaliste est composée de plusieurs courants de pensée. Hall et Taylor (1997) décrivent au moins trois courants d'analyses différents. Leurs analyses permettent aussi de comprendre les similitudes et les différences entre les trois approches. Schmidt, (2008) propose pour sa part d'introduire une quatrième variante : le « néo-institutionnalisme discursif ».

ou moins forte les choix politiques des différents pays, en étant véhiculé par les instances internationales et l'opinion publique globale, et légitimé par un statut scientifique auquel les groupes d'intérêt peuvent se référer. Par définition, la communauté épistémique porteuse du nouveau référentiel est composée de réseaux d'experts qui « ont en commun un modèle de causalité et un ensemble de valeurs politiques. Ils sont unis par la croyance forte en ce modèle et dans l'engagement de traduire cette croyance en politique publique et que, ce faisant, le bien-être de l'humanité en sera amélioré » (Haas 1990). Toutefois, comme l'ont montré Jobert (1994) et Fouilleux (2003), la notion de communauté épistémique demande d'être concrétisée par l'analyse de l'action des réseaux d'acteurs au sein de différents forums, qui sont des espaces de discours ayant pour objet l'imposition d'un ordre politique légitime. Dans chaque forum s'expriment des positions qui cherchent à établir leur légitimité en se fondant sur des arguments. En effet, les évaluations de la légitimité font intervenir plusieurs réseaux défendant leur position par des canaux privilégiés souvent spécifiques (journaux, revues, cercles, réseaux) et s'affrontant pour la conquête de l'opinion publique et des décisions politiques. Certaines positions sont dominantes et expriment des représentations et des organisations qui reflètent les positions établies et favorisent les intérêts corporatifs des groupes. D'autres positions sont minoritaires et revendicatives, et expriment les représentations et les groupes qui cherchent à obtenir une place dont ils sont exclus. Le débat se livre dans plusieurs forums : le forum des experts, le forum des politiques publiques et le forum de l'opinion publique. Le « forum de la communication politique » ou « forum de la rhétorique publique » est particulièrement important. Il est organisé autour de la conquête ou de la conservation du pouvoir politique. Ses stratégies passent par la construction de coalitions et la dévalorisation des adversaires dans la compétition électorale. L'activité principale de ce forum est de nature rhétorique. Elle se fait à travers la production de discours comme support de communication politique. Le forum ne suppose en aucun cas l'unanimité des idées produites sur un même forum et n'exclut jamais les rapports de forces et le débat entre des acteurs défendant des positions différentes, voire antagonistes. L'un des rôles des communautés épistémiques et des réseaux est qu'ils tentent de convaincre en mobilisant un ensemble de ressources à leur profit. L'exercice de persuasion consiste à faire partager leur vision politique (« *framing* ») à un ensemble d'acteurs toujours plus large. En exposant notamment une nouvelle façon de construire les problèmes sociaux, la communauté épistémique tente de délégitimer les politiques anciennes en proposant de nouvelles perspectives. Comme le souligne Merrien (2001: 589) :

« la victoire d'un paradigme porté par une communauté épistémique provient de sa capacité à avoir mobilisé à son profit davantage d'alliés ou des alliés qui à ce moment-là étaient plus en position d'être écoutés, ou de

sa capacité à prendre des décisions, alors que la thèse adverse était en position de faiblesse ».

Toutefois, la pression des communautés d'idées ne suffit pas à introduire des réformes. Pour ce faire, il faut que le contexte politique et les institutions le permettent. Les réformes sont plus aisées lorsque la dramatisation de la crise permet de faire accepter des remises en cause importantes. Les réformes sont d'autant plus difficiles à mettre en œuvre que les arrangements institutionnalisés ont produit des effets de verrouillage (*lock-in effects*). En effet, il est difficile de modifier les institutions, non seulement parce que des intérêts particuliers sont attachés aux formes existantes des institutions, mais aussi parce que la durée a transformé ces intérêts en normes et que les difficultés de mise en œuvre se heurtent à des problèmes de faisabilité.

Pour pouvoir tester cette hypothèse, l'ouvrage s'efforce donc d'analyser les trajectoires de construction et de mise en œuvre des politiques de santé et de recrutement (ou non) de médecins africains au sein du corps médical au Royaume-Uni, en France et en Suisse. À la différence des analyses expertes émanant des organisations internationales, des gouvernements, des associations nationales qui abordent la question de la migration des professionnels de santé africains dans une perspective éthique (« est-ce légitime ? ») et normative (« que faire pour freiner ce mouvement ? »), cet ouvrage vise dans un premier temps à produire une analyse externe des conditions de production et de légitimation de ce discours dans une perspective inspirée des travaux sur les forums de politiques publiques (Kingdon 1984 ; Jobert 1994 ; Roe 1992 ; Radaelli 2000). Du point de vue analytique, l'application de ce modèle dans l'étude de la migration des professionnels de santé (médecins) amène à prendre en considération trois facteurs importants : le contexte de résurgence du problème de la migration des professionnels de santé sur le plan international, la structure du discours des organisations et du nouveau consensus analytique et pratique atteint au début des années 2000, l'identification des acteurs porteurs de ces discours.

Méthodologie

L'ouvrage combine des analyses statistiques originales, une revue de la littérature internationale, l'étude de sources secondaires (rapports, législation), une série d'entretiens semi-structurés portant sur une soixantaine de médecins et responsables de santé en Afrique – Guinée-Bissau, Sénégal et Cameroun – et dans les trois pays d'installation étudiés – Royaume-Uni France et Suisse –, et une démarche d'observation non participante complétant les entretiens. La systématisation de l'observation non participante a permis de décrire les contextes et les situations d'enquête qui sont mis en exergue dans l'ouvrage, notamment dans la première et la

troisième partie. Le travail est en fait une recherche principalement qualitative et, partiellement, quantitative. L'échantillon comprend 75 personnes interviewées dont 26 en Afrique (15 médecins et 11 responsables de santé) et 49 en Europe (37 médecins et 12 cadres des ressources humaines). Il a été arrêté par saturation. Les entretiens avec les médecins africains ont été réalisés en France (Paris) en 2006, au Royaume-Uni (Londres) en 2007, en Suisse (Lausanne, Genève) entre 2006 et 2009, en Afrique (Sénégal, Guinée-Bissau, Cameroun) entre 2007 et 2009.

Les médecins à diplôme africain interviewés en Europe sont des praticiens dont certains ont fait une partie de leur formation de médecine en Afrique, et d'autres ont obtenu leur diplôme de médecine en Afrique. Ils sont médecins à part entière, c'est-à-dire avec un droit d'exercer la médecine dans leur pays d'origine. Leur intervalle d'âge est compris entre 34 et 56 ans. En Afrique, le profil choisi est celui du jeune médecin qui a entre 32 et 45 ans. Il est en cours de spécialisation et/ou exerce depuis plusieurs années dans le secteur public ou dans le secteur privé. Pour les médecins migrants, l'âge n'a pas été pris en considération. La durée de présence en Europe varie d'un pays à un autre ; elle est comprise entre 2 et 30 ans. Les cadres des structures hospitalières publiques ont été identifiés selon leurs responsabilités (directeurs des ressources humaines, chargés du recrutement du personnel étranger). Les médecins interviewés ont été sélectionnés essentiellement par la technique « boule de neige » et par l'utilisation de réseaux d'universitaires africains. De ce fait, la répartition entre les sexes n'a pu être rigoureusement respectée et les différences des carrières professionnelles masculines et féminines n'ont pas fait l'objet d'une analyse singulière. Sur l'ensemble des médecins interrogés, seules sept étaient des femmes. Par ailleurs, deux catégories de médecins significativement différentes ont pu être interviewées : des médecins africains demeurés en Afrique, mais caressant le rêve du départ, et des médecins ayant franchi le pas, qui se sont installés en Europe. En France, en Suisse, au Sénégal et au Cameroun, les entretiens ont été réalisés en français ; en Guinée-Bissau, ils ont été menés en portugais et en créole portugais (dialecte national), puis retranscrits en français. En Angleterre, ils ont été faits en anglais.

Les guides d'entretiens ont été adaptés à la spécificité des contextes étudiés ainsi qu'aux groupes cibles (médecins, responsables). Les arguments justifiant le choix des cas étudiés sont développés précédemment. Du point de vue de la démarche comparative, nous avons eu recours à l'analyse en profondeur d'un nombre limité de pays selon la méthode des cas les plus différents – *most different cases* (Ragin 1987).

En complément des entretiens réalisés en France et au Royaume-Uni, nous avons choisi d'exploiter les forums de discussions (troisième partie). Les discussions tenues dans les forums interviennent à la suite de publication d'articles dans la presse ou sur le site web de magazines télévisés portant sur les médecins étrangers. L'intérêt scientifique de ces

forums de discussions réside dans le fait que les contributions sont nombreuses, passionnées et anonymes. Les intervenants ne craignent pas d'être censurés en donnant leurs points de vue. Sur ce point, la plupart des propos recourent ceux tenus lors des entretiens (principalement en France) et ce qui ressort de l'analyse de la littérature. Du point de vue scientifique, l'essentiel pour qu'un blog ou un courrier de lecteurs ou de téléspectateurs puisse être analysé comme matériaux empiriques est de bien saisir le contexte dans lequel il s'inscrit : dans quel cadre, à quelle fin et, si possible, qui l'a écrit et pour qui il a été écrit. Sur cette base, l'analyse de ce discours pourra être utilisée par l'analyse sociologique au même titre qu'un entretien, à la condition de ne pas lui faire dire plus que ce qu'il peut dire. Mais, d'un point de vue méthodologique, les précautions ne sont pas très différentes de celles qui prévalent pour l'utilisation d'un matériel qualitatif classique comme les entretiens.

Du point de vue quantitatif, nos recherches sont complétées par une revue des données statistiques. L'utilisation de la base de données de Clemens et Pettersson (2006) a permis de produire des données statistiques par zones linguistiques et d'estimer les flux migratoires en provenance des pays de l'Afrique subsaharienne (première partie). Par ailleurs, pour mieux comprendre l'évolution des idées internationales concernant la migration des personnels de santé africain, nous avons appliqué la méthode proposée par Desmond MacNeill dans son article « The Diffusion of Ideas in Development Theory and Policy » (2006 : 334-353). La méthodologie proposée consiste à utiliser les bases de données internationales – bases de données académiques et bases de données générales – pour mesurer l'occurrence d'un terme ou d'une série de termes au cours d'une période donnée. Elle présente l'avantage de mesurer de manière assez précise la naissance et la croissance d'une préoccupation dans différents milieux. Pour mettre cette méthode en œuvre, nous avons choisi les trois notions de « *Brain Drain and Africa* », « *African Doctors and Migration* », « *Health and Migration* » dont nous avons cherché à connaître la fréquence d'utilisation de 1960 à 2008. Pour ce faire, nous avons choisi d'utiliser la base de données de la revue *Science Direct* pour les travaux académiques. Elle présente l'avantage d'intégrer les principales revues sur le développement et les principales revues en sciences sociales de la santé. La même investigation a été effectuée dans la base de données de LexisNexis concernant la presse internationale générale. La revue de la presse académique et de la presse générale portant sur la migration internationale de la santé – en particulier la migration des médecins africains – fait apparaître que c'est à partir des années 1970 que l'attention se porte de manière progressive sur cette migration, mais que c'est seulement à partir de la fin des années 1990 que le phénomène commence à préoccuper sérieusement la communauté internationale, puis la communauté académique.

Première partie

Les professionnels de santé africains en migration

La première partie de cet ouvrage centre la réflexion sur la migration des professionnels de santé de manière générale et explique pourquoi le sujet n'est pas nouveau (chapitre I), et comment la communauté internationale s'est inquiétée du cas africain du fait de l'actualité du phénomène et cela, malgré l'incertitude autour des données disponibles sur le problème. De fait, les acteurs nationaux et internationaux se sont alarmés de manière spécifique du bilan sanitaire de l'Afrique jugé catastrophique du fait que pour la plupart des pays, les indicateurs de santé sont tous en deçà des normes internationales de l'OMS. Cette inquiétude s'est produite dans un contexte marqué précisément par l'actualité de la migration internationale des professionnels des pays du Sud vers les pays du Nord. De ce point de vue, cette migration est apparue au premier plan comme étant le problème majeur à l'origine de ce qui a été qualifié de catastrophe sanitaire, alors même que le débat international aurait pu être centré sur une réflexion générale sur tous les facteurs susceptibles d'expliquer un tel bilan négatif. Toujours est-il que les recherches sur la migration internationale des professionnels de santé mettaient en évidence une nette augmentation des effectifs de professionnels venant des pays pauvres vers les pays développés. Elles montraient que les effectifs ont connu une augmentation pour atteindre le quart de la main-d'œuvre médicale en Australie, au Canada, en Grande-Bretagne et aux États-Unis (OCDE 2002 ; Liese, Blanchet & Dessault 2003). Depuis la fin des années 1990, cette tendance avait évolué avec l'arrivée des professionnels de santé venus d'Afrique subsaharienne. En réalité, cette migration africaine de personnels qualifiés a une histoire qui remonte à la période coloniale. Certains facteurs explicatifs demeurent profondément ancrés dans la dynamique migratoire des personnels qualifiés.