

MIGRATIONS DU PERSONNEL DE SANTÉ ET INCIDENCES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ÉTATS DE L'AFRIQUE CENTRALE

PAR ETANISLAS NGODI
REMIDAC/ UNIVERSITÉ MARIEN NGOUABI,
BP 14812, BRAZZAVILLE, CONGO
EMAIL : ngodi_etanislàs@yahoo.fr

RÉSUMÉ

La polarisation des flux migratoires des personnels de la santé au niveau de l'axe Sud– Nord, les procédures de recrutement international des professionnels de la santé et le rôle d'intermédiation des agences privées, les facteurs de la migration des personnels de la santé et ses conséquences sur les systèmes de santé des pays sont quelques uns des principaux thèmes qui mobilisent l'attention des chercheurs et des spécialistes. L'article met en évidence les différentes tendances de l'exode des compétences du personnel de santé de l'Afrique centrale vers les régions prometteuses comme l'Europe, l'Amérique ou l'Asie.

MOTS CLÉS

Migrations des personnels de la santé- Développement- Afrique centrale- Occident

INTRODUCTION

Le phénomène de la migration des compétences ronge plusieurs secteurs de développement. L'afflux des immigrés en provenance de la sous-région d'Afrique centrale vers les pays développés préoccupe plus en plus les Etats, qui connaissent des crises des ressources humaines. L'intensification des migrations du personnel de la santé vers l'Occident et ses implications sur le développement. La question du lien entre les migrations du personnel de la santé et développement n'a pas fait l'objet de recherches approfondies en Afrique centrale. Ce travail est une contribution pour essayer de mieux cerner le problème en Afrique centrale.

1- Complexité du phénomène et recherche sur la migration du personnel de santé en Afrique Centrale

D'après certains spécialistes en sciences sociales, plus de vingt mille professionnels de la santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.) émigrent chaque année du continent africain vers l'Europe ou l'Amérique du Nord.¹ Il existe aujourd'hui beaucoup plus de médecins africains exerçant à l'étranger que sur le continent. Sur le plan théorique, il convient de noter que la plupart des études sur les migrations du personnel de la santé se focalisent sur les pays en développement, s'intéressent au rôle des agences privées dans le recrutement international, aux causes de la migration et à ses impacts sur le système de santé mais ne procèdent pas à une analyse en profondeur de son ampleur, des enjeux et des impacts. A cela s'ajoute l'absence de données fiables, le problème de catégorisation et la diversité des contextes. En outre, la question du lien entre les migrations du personnel de la santé et celle du développement du pays d'origine n'a pas fait l'objet de recherches approfondies. Dans un contexte de mondialisation, les migrations dépassent le schéma classique pays de départ / pays de destination et comportent plusieurs enjeux: le potentiel de développement des migrants, le transfert de connaissances, le retour, le transnationalisme, la diaspora, etc.

Fuite des cerveaux pour les uns² ou expression d'un déséquilibre de l'offre à l'échelle mondiale pour les autres³, les migrations internationales du personnel de la santé constituent une préoccupation majeure dans le contexte du développement des pays en développement. Dans le cas de l'Afrique centrale, l'absence de données empiriques et fiables, le problème de définitions, de

1Blanchet K. & Keith R., « L'Afrique tente de retenir ses médecins ». *Le Monde Diplomatique*, 2006, p. 13

2Bundred, Peter E and Levitt, Cheryl, 'Medical migration: who are the real losers?' *The Lancet* 2000; 356: pp. 245-46; Buchan J, May F, "Globalisation and healthcare labour markets: a case study from the United Kingdom" *Human Resources for Health Development Journal*, 3(3), 1999, pp.199-209.

3WHO *Technical consultation on Imbalances in the health workforce* Ottawa, Canada 10-12 March 2002

catégorisation et de terminologie⁴ représentent quelques uns des obstacles liés à l'étude ce phénomène. Rares sont les études qualitatives qui, d'une part, sont axées sur une compréhension des perceptions, du vécu et des pratiques des personnels de la santé originaires des pays de la sous région d'Afrique centrale, et d'autre part, mettent l'accent sur les interrelations entre la question de la migration du personnel de la santé et celle du développement des pays d'origine.

2- Facteurs de l'Intensification des migrations du personnel de la santé

Le phénomène de l'exode des médecins d'Afrique centrale met en cause la reproduction de la société et la perpétuation du groupe national et de l'ordre social. D'après les analyses des spécialistes, plusieurs facteurs expliquent l'accroissement des migrations internationales du personnel de la santé dans cette région: persécution et censure des intellectuels, salaire bas, conditions de travail difficiles, instabilité politique, discrimination, etc. Le manque de financement de la recherche, la précarité des infrastructures, le manque de perspectives professionnelles, l'absence de sécurité humaine suscite la démotivation des scientifiques, des chercheurs et des professionnels de la santé. Une interaction complexe de facteurs économiques, politiques et sociaux explique l'intensification de ces migrations.

La pauvreté, la crise économique et l'instabilité politique sont des causes parmi tant d'autres de l'accroissement de ce phénomène vers les pays demandeurs de compétences. Les statistiques basées sur les enquêtes de main d'œuvre, les registres professionnels et les recensements des professionnels de la santé semblent confirmer cette réalité. Bien que les données qui sont collectées à partir des pays de départ ne soient pas toujours fiables sur les entrées et les sorties du territoire, ces statistiques permettent de présenter la réalité du phénomène à l'intérieur de la sous-région.

2.1-La démotivation du personnel de la santé et crise économique

Le corps médico-sanitaire (médecins, infirmiers) a subi successivement depuis 1980, les effets de la crise des programmes structurels. Ces programmes ont été à l'origine de la réduction des charges de l'État, particulièrement dans les secteurs sociaux, le gel des augmentations de salaires dans l'administration publique. Le blocage des rémunérations modifie sensiblement le cadre des relations fixées par le statut de la fonction publique. D'après l'Ordre National des Médecins du Cameroun (O.N.M.C.), le ratio d'un médecin pour dix mille (10.000) habitants officiellement (re)connu au Cameroun, ne reflète vraiment pas la réalité : sur les 42 000 médecins inscrits à l'O.N.M.C., 23 % sont affectés au Ministère de la Santé Publique.

⁴Martineau Tim, Decker Kavola, Bundred Peter, *Briefing note on international migration of health professionals: levelling the playing field for developing country health systems*. Liverpool School of Tropical Medicine 2002

2.2-La «petite corruption» comme solution de rentabilité de la profession pour ceux qui ne peuvent s'expatrier

En outre, dans leur travail, les médecins souhaitent l'autonomisation du champ médico-sanitaire par rapport au champ politique. Tous n'y ont pas intérêt: d'aucuns obtiennent une surface positionnelle grâce aux appuis politiques. Le secteur de la santé n'échappe donc pas phénomène de la petite corruption. La corruption dans les relations entre le personnel médical et les usagers de la santé est perceptible à travers la pluri-activité, les reventes à titre privé des médicaments et la gestion de certains patients. Les centres de santé se révèlent de plus en plus comme des lieux où la carence du service public est notoire et consternante dans la plupart des pays de la sous-région. Les pratiques de corruption au quotidien sont devenues routinières et visibles.

Les médecins exercent la pluri-activité comme forme de stratégie de survie. Il est courant de voir ces hommes de la santé, développer des activités parallèles, à travers les cliniques médicales où les patients sont directement orientés. Ce qui induit parfois des confusions d'espaces et des interférences. Le système consiste à facturer en privé des services offerts à des usagers en utilisant des équipements publics (analyses médicales, radiographies, etc.). Cette forme de privatisation interne du service public est au cœur même du système sanitaire et des pratiques de corruption.⁵

Le secteur de la santé est un des plus typiques de ce délabrement. Seuls les privilégiés ont une protection sociale et un accès à un minimum de soins de qualité.⁶ Aucun service ne peut être offert au malade dans les établissements publics sans qu'un pot-de-vin ne soit payé en dépit des dispositions légales qui condamnent ces pratiques obscures. La très grande majorité de la population n'a accès qu'à des soins payants et de très mauvaise qualité. La corruption et le favoritisme règlent partout les relations avec les soignants. Cabinets privés et colportage illicite de médicaments prospèrent alors que le service public de santé est dans la plus profonde misère.⁷ L'enchâssement des pratiques de corruption dans les codes de sociabilité locaux des interactions entre professionnels et usagers de service de la santé démontre les dérives de la petite corruption: bienveillance locale (reconnaissance, remerciement, dons, etc.), clientélisme. Elle fonctionne sur l'exploitation de la vulnérabilité et de la fragilité physique du malade d'une part, et d'autre part sur l'exploitation de l'angoisse et de l'inquiétude des accompagnants.

5 Lire: Chevandier, C., *Les métiers de l'hôpital*, Paris, Découverte, 1997; Pierre Aïach et Didier Fassin (dir), *Les métiers de santé. Enjeux et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994.

6 Lire Martine Bulard, « Les firmes pharmaceutiques organisent l'apartheid sanitaire », et Colette Berthoud, « Maternités à risques », *Le Monde diplomatique*, janvier 2000.

7 D'après les investigations de terrain, les médecins gagnent plus d'argent dans les cliniques privées que dans leur statut professionnels: frais de consultations, soins, dons, etc. Les activités comme l'avortement étant prohibées dans les centres de santé, seules les cliniques s'en occupent de manière clandestine avec des montant variant entre 25.000 (1 à 2 mois) et 70.000 Fcfa (5 mois et plus)

La corruption dans le secteur de la santé apparaît comme une sorte d'avantage de fonction, qui, en tant que tel, est un prolongement naturel du statut de fonctionnaire. Recevoir de l'argent de l'utilisateur ou détourner des matériels ou des fonds publics n'est alors qu'un privilège légitime parmi bien d'autres, qui exprime l'appropriation par les fonctionnaires de l'espace, des facilités et des matériels de leur service.⁸

2.3- La migration comme stratégie de survie du personnel de santé

Le processus de socialisation des médecins met dans un même continuum discursif, misère de position et misère de condition. Au Congo Brazzaville par exemple, les dossiers d'intégration à la Fonction Publique et de prise en solde au Ministère des Finances aboutissent après une moyenne de deux ans. Dans ce contexte, les prises de position des médecins s'énoncent l'aveu de l'état de crise économique auquel les a fait aboutir l'action publique. Le dilemme du partir ou rester résulte de la constitution et de la transformation des positions occupées par les médecins dans l'espace médico-sanitaire- inséré dans l'espace social réifié. Le discours sur l'exode des médecins n'est pas un simple discours d'accompagnement de processus objectifs: la technique de l'exode a pour conséquence, sinon pour fonction, de donner un poids relatif aussi bien à ceux qui partent qu'à ceux qui restent.

Au Cameroun, une enquête sur l'exode des professionnels de santé, commandée par l'OMS en 2004, a démontré qu'en dix ans, ce pays a perdu 173 médecins, 50 dentistes, 155 infirmiers spécialistes en pédiatrie, soins intensifs et anesthésie, 50 accoucheuses et 9 pharmaciens. Ils se retrouvent aujourd'hui en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis d'Amérique, en France et en Belgique. La même enquête a observé que 49 % de professionnels de santé avaient l'intention d'émigrer vers les pays suivants : Etats-Unis d'Amérique, France, Grande- Bretagne, Canada, Allemagne, Belgique, Sénégal, Suisse, Australie, Congo, Côte d'Ivoire et Hollande. Et pour les motifs ci-après : 1) avoir une formation plus poussée, 2) raisons économiques, 3) pessimisme sur la carrière professionnelle, 4) mauvaise gestion des services de santé, 4) pessimisme sur l'avenir du Cameroun.⁹

8 Blundo, G., et Olivier de Sardon, J.P.(dir), La corruption au quotidien en Afrique de l'Ouest, Politique Africaine n°83, Paris, Karthala, 2001, pp.8-37

9 Awases M., A. Gbary, J. Nyoni et R. Chatora Migrations des professionnels de la santé dans six pays – Rapport de synthèse, OMS. 2004

2.4- L'orientation des migrations du personnel de santé

Depuis le début des années 1990, les médecins de la sous-région expriment sur un mode de plus en plus collectif et déterminé par le malaise du corps médico-sanitaire. Le potentiel migratoire des médecins se structure à partir d'une constellation de facteurs économiques, politiques et socioculturels. Les raisons d'un départ massif des professionnels de la santé ne renvoient pas uniquement aux transformations récentes du système mais à la crise multiforme dans les pays africains.¹⁰

Le principe de stratification sociale fonde la diversité des conduites migrantes des médecins, à travers des trajectoires passées (milieux économique, sociopolitique d'origine) et les profits positifs ou négatifs à accumuler dans les milieux de destination (pays, types d'emploi, grilles salariales...). L'équilibre de tensions positionnelles et fonctionnelles du médecin est tantôt stable, tantôt instable dans la configuration médico-sanitaire. A l'intérieur de la sous-région, la migration circulaire du personnel de santé semble faible.

2.5-Flux du personnel de santé de l'Afrique centrale vers d'autres horizons

Les migrations vers les pays du Nord ont été déclenchées par l'existence des relations politiques et économiques entre les anciennes colonies et leurs métropoles respectives. Ces premières migrations ont surtout été effectuées pour des raisons d'étude ou de préparation à la vie politique. En effet, plusieurs Africains ont pu obtenir des bourses pour aller poursuivre leurs études dans les universités du Nord, soit parce qu'elles sont plus célèbres, soit parce qu'il n'y avait pas d'universités dans leurs pays. On observe à ce sujet plusieurs Congolais (de Brazzaville) qui sont partis étudier dans l'ex URSS, au moment où le Congo était d'obédience marxiste. Tandis que les Congolais de la RDC se sont surtout orientés vers la Belgique. Les principales raisons sont: la recherche d'un emploi plus rémunérateur, le regroupement familial pour le cas des femmes, la poursuite des études et l'asile politique.

Les pays qui les accueillent sont nombreux. Nous pouvons mentionner la Belgique, la France, les Etats-Unis d'Amérique, l'Afrique du Sud, la Zambie, le Canada, l'Australie, le Zimbabwe, le Botswana, le Malawi, le Lesotho, la Namibie, l'Espagne, l'Angola, le Portugal, Uganda, Rwanda, Burundi..., mais la Belgique, la France, l'Afrique du Sud, les Etats-Unis d'Amérique et le Canada viennent en première position. La Belgique, la France, le Canada et les Etats-Unis reçoivent, dans le cadre de la coopération interuniversitaire, des assistants pour leur formation doctorale, malheureusement, nombreux parmi ces derniers ne regagnent plus le pays à l'issue de leur formation ; les cas de ceux qui sont partis aux Etats-Unis sont plus nombreux ; presque personne n'est revenu.

¹⁰Blanchet K. & Keith R., «L'Afrique tente de retenir ses médecins ». Le Monde Diplomatique, 2006, p13;

L'intensification de la migration du personnel de la santé dans les pays du Nord s'explique par le déficit chronique en personnel (infirmiers, médecins), le vieillissement de la population, le problème de relève du personnel dans un contexte d'innovation technologique, de croissance de la demande de soins et de prise en charge et de transformation des structures familiales. A l'université de Lubumbashi (RDC) par exemple, les médecins qui ont atteint le niveau de spécialisation et d'agrégation sont beaucoup recherchés dans les hôpitaux de référence, les polycliniques privées et les centres de santé et dans les pays de l'Afrique australe.

Le secteur médical enregistre aussi de nombreux partants. Les médecins de tous les niveaux trouvent de l'emploi dans les formations hospitalières des pays de SADC (Zambie, Lesotho, Afrique du Sud, Malawi...). Ils sont nombreux ceux qui sont allés en Afrique australe après leur spécialisation. A partir de l'Afrique du Sud certains parmi eux sont arrivés dans les contrées de l'Amérique du nord dont notamment le Canada et les Etats-Unis. Ces compétences ne sont plus revenues, la situation salariale du personnel de santé étant préoccupante.

3-Incidences de la migration du personnel de santé sur le développement de l'Afrique Centrale

3.1-Rôle positif de des transferts de fonds du personnel de santé

Le thème des migrations est au coeur de l'actualité internationale, tant dans les pays du Nord que du Sud. Enjeu essentiel de la problématique migratoire, les transferts des fonds constituent une source appréciable de devises pour les finances des pays. La Banque Mondiale estime que les transferts des fonds recensés en faveur des pays en développement ont atteint en 2006, le montant de 206 milliards de dollars, soit près de deux tiers (2/3) de l'Investissement Direct à l'Etranger (325 milliards de dollars) et près de deux fois plus que l'aide publique officielle reçue par les pays (104 milliards de dollars). Ces statistiques montrent bien l'importance des transferts des fonds pour les pays d'origine.

Quantitativement, ces fonds ont une influence positive sur la balance des paiements des pays concernés. Mais des études montrent que, qualitativement, on devrait nuancer l'importance des conséquences de tels transferts financiers. D'abord parce qu'ils sont extrêmement dispersés entre des millions de destinataires à la différence de l'aide au développement qui, même décentralisée, va vers des opérateurs bien identifiables. Ensuite, parce que plusieurs distinctions sont à opérer, principalement, entre consommation et investissement. Certains migrants envoient, en effet, des fonds pour partager avec leur famille restée au pays les gains qu'ils réalisent dans les pays de destination. D'autres épargnent (en ouvrant des comptes d'épargne dans les banques installées dans

leur pays d'origine) pour préparer éventuellement leur. Les transferts financiers dans la plupart des cas, stimulent l'activité économique des pays d'origine et se substituent en quelque sorte au crédit et aux autres modes de financement, le plus souvent inaccessibles aux populations pauvres ou peu adaptés à leurs besoins. Si l'impact de ces transferts diffère en fonction de l'utilisation finale faite par les familles, les proches ou l'environnement économique et politique du pays d'origine, au moins deux certitudes semblent aujourd'hui admises: d'une part les montants des transferts sont considérables et, d'autre part, ils ont un impact sur la réduction de la précarité et de la pauvreté.

D'après les données présentées par les spécialistes, la migration des personnels de santé peut être bénéfique sur les pays d'origine en termes de transferts de connaissances et de revenus et en terme de réseaux commerciaux. Elles contribuent au renforcement du capital humain grâce aux opportunités d'éducation et de formation. Elles peuvent être facteur de transmission intergénérationnelle des savoirs et des qualifications. Cependant, la migration du personnel de la santé a des conséquences sur la capacité de reproduction des systèmes de santé, notamment des pays pauvres. Dans les années 1980, la littérature s'est attachée à étudier l'impact à court et long terme de la migration et des transferts, en mettant en exergue le modèle australien développé par certains auteurs sur l'impact des transferts sur la croissance des économies des pays d'origine, les canaux de transmission des transferts, la production des biens non échangeables et échangeables, etc.¹¹

La recherche que nous avons effectuée auprès de professionnels de la santé en Suisse, en Belgique et en France en 2007 montre que les migrants se sont investis dans des pratiques de solidarité et d'entraide pour améliorer les conditions de vie de leurs familles d'origine restées au pays. Dans un contexte d'approfondissement de la pauvreté et de la crise économique et sociale, ces pratiques de solidarité ne devraient pas être considérées comme la recette miracle. Cependant, elles peuvent constituer un amortisseur et un régulateur des tensions et des déséquilibres sociaux et économiques. En cela, elles constituent pour les récipiendaires (familles et communautés) une stratégie de résilience alors que les migrants et les diasporas reproduisent les valeurs de solidarité qui procure une valorisation de soi, un prestige social et un réconfort psychologique.

Ces pratiques de solidarité sont caractérisées fondamentalement par leur ponctualité et leur informalité. Elles sont faiblement institutionnalisées en ce sens qu'elles s'opèrent en dehors des canaux officiels et institutionnels (associations, organisation, structure étatique et paraétatique). La famille est l'un des principaux bénéficiaires des transferts de ressources (envois monétaires et non monétaires) induits par la migration internationale des professionnels de santé d'origine africaine. Les perceptions des migrants sur leur pays d'origine révèlent une désaffection et une perte de

¹¹ Djajic, S., « International Migration, remittances and welfare in a dependant economic » *Journal of Development Economic* Vol 21, 1986 pp229-234

confiance des institutions politiques et économique du fait de la corruption, de l'instabilité politique et économique, de la privation des libertés fondamentales. Tout se passe comme si on assiste à une absence d'Etat ou à une *dé légitimation* de l'Etat car les migrants ne se sentant pas délégataires ou redevables de leurs pays d'origine même s'ils sont profondément attachés aux valeurs de patriotisme et de citoyenneté. En revanche, l'allégeance aux familles et aux communautés est profondément attachée à leur vécu et pratique de tous les jours.

Les envois monétaires contribuent à l'amélioration des conditions de vie des familles et des communautés d'origine. 90 % des personnes interrogées affirment envoyer de l'argent régulièrement à leurs familles d'origine. Les dépenses sociales des ménages résultent en grande partie des envois monétaires des migrants. Dès lors, ces envois monétaires atténuent sans toutefois l'éradiquer la paupérisation des ménages. D'ailleurs certains répondants considèrent les envois monétaires destinés aux familles comme une forme de contribution au développement du pays d'origine car ceux-ci visent à supplanter le rôle que l'Etat aurait dû jouer en matière de protection sociale. Certains répondants considèrent que les envois monétaires semblent entretenir l'illusion d'une Europe, poule aux œufs d'or. Il peut en résulter une dépendance vis-à-vis de ces fonds et des relations entre les migrants et leurs familles d'origine qui seraient fondamentalement de type matérialiste. Les envois monétaires sont destinés en totalité ou en partie aux familles (39%). Viennent ensuite respectivement l'investissement (19%), l'épargne personnelle (12%), les envois destinés aux amis (5%), l'épargne informelle (10%), l'immobilier (17%), l'aide aux orphelins (3%).

Les répondants utilisent à la fois des canaux formels (poste, banque et institutions spécialisés sur les transferts d'argent) et des canaux informels (réseaux de connaissance) avec une plus grande fréquence pour le premier cas de figure. Les fonds rapatriés au pays peuvent servir de tremplin à la migration internationale d'un proche ou d'un membre de la famille (financement du voyage, pour l'attribution du visa, capital de départ pour entreprendre une activité économique). Les canaux informels de transferts sont utilisés par les migrants mais de manière irrégulière contrairement aux institutions spécialisées de transfert d'argent, aux banques et à la Poste. Il arrive que les migrants recourent à la fois aux canaux formels et informels de transfert d'argent. La moyenne des fonds transférés s'élève à 375 CHF (250 EUR) soit environ 150 000 FCFA, ce qui représente la moyenne de la classe médiane [251-500]. Une telle distribution autour de la moyenne montre une variance faible.

D'autres envois non monétaires (habillement, nourriture, livres, appareils électroménagers, voitures d'occasion, machines, colliers, etc.) sont effectués par les migrants lors de circonstances particulières (habillement et cadeaux à l'occasion des fêtes, etc.). Certains envois concernent les publications scientifiques (domaine médical principalement), les fournitures scolaires. Les contraintes douanières constituent un frein aux transferts non monétaires. Les envois de biens et de

matériels d'équipement ainsi que les transferts de connaissance sont effectués par les migrants, ce qui montre que la contribution des migrants ne devrait pas seulement être analysée à l'aune des transferts de fond. La plupart de ces envois non monétaires peuvent être regroupés dans la catégorie « cadeaux » (habillement, sacs, chaussures, montres, téléphones portables, téléviseurs, réfrigérateurs, calculatrice, jeux électroniques, lecteurs MP3, clé USB, appareils photos, etc.). Outre le fait que les envois sous forme de cadeaux représentent le type d'envoi le plus important, on note aussi une diversification des types d'envois c'est-à-dire des migrants qui envoient à la fois de l'argent, des équipements électroménagers mais aussi des cadeaux. Certains envois non monétaires concernent le volet éducation et santé (documentation dans le domaine médical, médicaments).

Les transferts de fond ne constituent qu'une dimension (certes la plus importante) parmi tant d'autres. Les initiatives des migrants portent aussi sur le transfert de connaissances soit durant les séjours de courte durée pour l'enseignement et la recherche dans les facultés de médecine, soit par l'envoi d'information et de documents scientifiques et médicales aux chercheurs et professionnels de la santé locaux. Certains apportent une aide médicosociale ou investissent dans l'immobilier, le commerce, la création des PME par exemple. Il s'agit, dès lors, d'analyser l'impact des transferts de fond mais d'aller au-delà de la dimension financière en s'intéressant aussi aux autres formes de contribution au développement ; leur nature, leur utilité et les obstacles liées au pays d'origine et de destination ainsi que les aspirations des migrants.

3.2- Rôle des migrants dans le développement économique et social et l'amélioration des systèmes de santé

Le soutien financier que les migrants apportent à leur famille permet, d'une part, de stabiliser les revenus de la famille et accessoirement la mise en place d'activités génératrices de revenu. D'autre part, il revêt une dimension sociale car il est réutilisé pour les dépenses quotidiennes des ménages, l'accès aux soins de santé, la scolarisation des enfants. Dès lors, celui-ci a un impact positif sur l'amélioration du bien être et des conditions de vie des populations locales. La notion de «contribution au pays d'origine» peut revêtir diverses formes. Deux domaines peuvent être analysés dans cette partie: la migration circulaire et le rôle des migrants dans l'amélioration des systèmes de santé et dans le développement social et la capitalisation des compétences et transfert de connaissance et le partenariat scientifique au profit des pays d'origine.

A notre parfaite connaissance, la migration circulaire est encore à ces débuts dans la sous-région. Les programmes initiés par les partenaires comme l'Organisation International pour les Migrations à travers le projet MIDA ou la Coopération belge n'a pas encore produit des effets escomptés dans la réduction des flux du personnel de santé vers l'Occident.

A ce niveau, les pratiques associatives et initiatives individuelles apparaissent comme la première solution pour combler les lacunes institutionnelles. Les associations médicosociales de la diaspora développent modestement des activités visant à l'amélioration des conditions de vie des populations et des systèmes de santé dans les pays de la sous-région et particulièrement au Cameroun et en République Démocratique du Congo. Leurs activités tournent autour de la recherche de fond pour des projets à finalité sociale et sanitaire, l'appui à la scolarisation des enfants, la construction de centres de santé.

La construction de centres de santé vise à améliorer les conditions sanitaires difficiles surtout dans les zones rurales. Grâce au soutien financier de particuliers et d'organismes de bienfaisance et aux réseaux de relations tissés dans le milieu sanitaire et associatif, des projets sont financés dans les pays d'origine. Des actions de sensibilisation sont parfois menées lors de visites au pays d'origine pour les vacances ou les stages de fin d'études. Par exemple, une étudiante infirmière originaire de la RDC a profité de son séjour au pays d'origine pour lancer une campagne de sensibilisation dans son quartier d'origine à Kinshasa avec l'appui du Groupe sida Genève. D'autres étudiants et étudiantes soutiennent à titre bénévole ou parrainent toute initiative à but humanitaire, social et économique orienté vers le continent : soutien ponctuel aux orphelinats, collecte de fonds au profit d'associations et d'ONG travaillant en Afrique, soutien aux proches dans le montage de projets socio sanitaires, au niveau de l'accès aux médicaments.

Les initiatives médicosociales s'effectuent souvent en dehors des canaux institutionnels et de façon spontanée et informelle. Les initiatives de type individuel sont prépondérantes. Une telle situation est due soit à la méconnaissance des structures associatives des migrants et des diasporas soit au manque de confiance à l'égard de celles-ci. Ces initiatives en majorité individuelles et informelles s'appuient sur les réseaux sociaux (amis, collègues, etc.) et semblent bénéficier d'avantage aux familles et aux communautés d'origine. Les associations des migrants et de la diaspora peuvent servir de liens entre le pays d'origine et de destination. Leur programme est axé sur l'aide médicosociale, l'appui à la scolarisation des enfants, l'accès au service de base (eau potable) par des activités d'animation socioculturelle, de collecte de fond et des séjours à titre bénévole au pays d'origine. Les séjours au pays d'origine sont des occasions d'appuyer les professionnels de santé locaux dans les opérations de soins palliatifs, les interventions chirurgicales et de leur apporter un soutien logistique.

Par ailleurs, l'appui bénévole de quelques rares chercheurs et professionnels de la santé originaires de la sous-région porte sur l'information scientifique et médicale (publications, conférences, colloques, etc.) et l'aide au niveau des expérimentations destinés à leurs collègues au pays d'origine. Des biologistes et des médecins suisses, belges et d'origine rwandaise font parfois des séjours de courte durée dans le cadre de l'appui à l'enseignement et à la recherche dans les

universités au Rwanda, de la RDC et du Burundi. En définitive, les initiatives sont souvent ponctuelles et orientées vers les familles et les communautés d'origine: envois de matériels et d'équipements sanitaire, de livres médicaux, transferts financiers pour assurer les dépenses des ménages.

3.3-Contraintes liées à la participation des migrants au développement du pays d'origine

Le statut du migrant dans le pays de destination peut avoir des incidences sur sa contribution au développement du pays d'origine. Les contraintes douanières, financières et administratives, socioculturelles, la politique politicienne, la corruption, l'instrumentalisation des associations par le politique, le manque de dialogue entre les migrants, les diasporas et le pouvoir en place sont considérées comme étant des obstacles parmi tant d'autres au transfert des ressources au profit des familles et communautés d'origine. Plus le statut juridique et économique du migrant est stable plus sa contribution au développement du pays d'origine semble plus conséquente. Les migrants bien établis et bien intégrés dans la société du pays d'accueil disposent d'un réseau relationnel qui leur permettent de mener des initiatives transnationales au profit de leur pays d'origine. Par conséquent, la participation des migrants au développement du pays d'origine peut être limitée lors des situations spécifiques de précarité et de déqualification professionnelle dans le pays d'accueil. Ce statut a des incidences sur les formes de transfert et d'investissement destinés au pays d'origine.

Le «*manque de motivation des chercheurs et des médecins locaux*» fait que les échanges scientifique et médicaux entre les migrants et leurs collègues au pays d'origine sont rares. Or les migrants pensent qu'ils peuvent apporter une contribution réelle pour le renforcement des capacités, la valorisation des savoirs et l'amélioration des systèmes de santé nationaux. Le partenariat entre institutions de recherche du pays d'origine et du pays de destination se heurte au manque de financement et d'appui institutionnel et l'absence d'une politique et d'une vision en matière de recherche, de santé et de développement bénéfique à la fois pour le pays d'origine et pour le pays de destination.

Le manque d'espace de dialogue entre les migrants et la diaspora et les acteurs locaux du pays d'origine représente pour certains une entrave à la participation au développement tandis que d'autres soulignent plutôt l'atomisation, le caractère disparate et l'individualisation de la diaspora qui entraînent un manque de coordination et d'unification des efforts et des actions au service de l'intérêt national autrement que familial et communautaire et la multiplication d'actions individuelles mues uniquement par le prestige familial et l'auto valorisation. L'expression contribution au développement du pays d'origine ne renverrait totalement ou presque qu'aux initiatives orientées vers les familles d'origine notamment et vers les communautés. En effet,

certaines répondants considèrent que les transferts de ressources financières, intellectuelles et matérielles vers les familles sont une ou des formes de contribution au développement national.

Les investissements socioéconomiques existants ou à l'état de projet se heurtent à des contraintes d'ordre légal, administratif, politique, socioculturel, institutionnel qui sont facteurs de découragement et d'échec. A cela s'ajoute l'individualisation poussée, la faiblesse de l'adhésion au niveau associatif, le manque de dialogue et de partenariat entre diasporas, migrants et acteurs locaux. L'un des enjeux essentiels est, dès lors, l'organisation et la mobilisation de la diaspora pour maximiser sa contribution au développement du pays d'origine. Les initiatives transnationales sont rares ou inexistantes du fait d'un manque de support institutionnel et du manque de compétences techniques dans la conception, l'élaboration, le suivi et la gestion des projets de développement. Les étudiants désireux de réaliser des projets pour leur pays sont souvent confrontés à des contraintes liées à leur statut et à leur situation : manque de temps, précarité, manque de moyens financiers, etc.

Les systèmes de santé de la sous-région d'Afrique centrale sont confrontés à une profonde crise. La crise d'intensité inégale d'un pays à l'autre est aggravée par le départ à l'étranger des professionnels de la santé et la crise de l'enseignement et de la formation dans le domaine sanitaire. Les programmes d'enseignement et de formation en santé sont au rabais et les politiques de santé ne sont pas articulées aux spécificités sociales et aux changements socioéconomiques. Les zones urbaines sont le lieu de forte concentration des professionnels de la santé au détriment des zones rurales. Les liens entre les migrants et leurs familles et communautés sont multiples : transfert de ressources monétaires et non monétaires, soutien psychosocial par les conseils, échanges d'informations via emails, courriers postaux et contacts téléphoniques, séjours de courte durée, etc. Cela permet de consolider les liens sociaux et aussi de pouvoir avoir en retour une sorte de réconfort psychologique pour faire face aux difficultés inhérentes à la vie à l'étranger. Cela permet également d'être au diapason des réalités du pays et, par conséquent, de mobiliser les ressources et les initiatives au profit du milieu d'origine. Ce maintien des liens avec le pays d'origine n'est nullement incompatible avec l'intégration dans le pays de résidence.

CONCLUSION

L'analyse de la migration du personnel de santé en Afrique centrale paraît particulièrement complexe, car elle met en lumière un ensemble des modes de gouvernance et de gestion de l'État. Nous espérons en effet que les faits dégagés au fil de ce travail ont une pertinence pour toute entreprise réformatrice, et devraient être pris en compte, d'une façon ou d'une autre, dans toute action coordonnée systématique face à ce phénomène. Peut-être même pourra-t-on en dégager des pistes nouvelles. La clef pour faire en sorte que les intervenants politiques prennent un engagement réel en faveur de la migration circulaire du personnel de santé consiste à mettre au point un plan d'action qui renforce constitutionnellement les institutions chargées de la gestion des ressources humaines. On ne peut lutter contre la fuite des cerveaux sans prendre en compte les aspects tels: la situation sociale des agents de l'État, le dénuement des services publics et l'inadaptation de leurs moyens par rapport à leurs tâches, les pressions sociales qui s'exercent pour que les agents, l'interventionnisme politique systématique au sein des administrations, et la culture d'impunité qui en découle.

L'absence de politique de développement des ressources médico-sanitaires est au centre de l'exode des compétences dans l'espace national: les forces de profondeur au dedans (les contradictions de l'Etat dans la gestion et l'administration du champ) ont déterminé une structure des conduites migratoires et contestataires. Une lecture transversale (dedans/ dehors) permet de neutraliser le facteur économique comme unique valeur explicative (quête du bien-être) des conduites migrantes.

Les propositions concrètes pourraient porter sur: la mise en place des formations communes entre universités de l'Afrique centrale, la création des centres d'excellence au niveau sous régional, la délivrance des diplômes communs, la création d'un espace de libre circulation du personnel de santé au sein de l'Afrique centrale, la mise à disposition des ressources pour aider les médecins africains de la diaspora à s'unir pour s'implanter simultanément dans un ou plusieurs pays de l'Afrique centrale.

ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

- Aiken LH, Buchan J, Sochalski J, Nichols B, Powell M: Trends in international nurse migration. *Health Affairs* 2004, 23(3):69-77.
- Blanchet K. & Keith R., 2006 « L'Afrique tente de retenir ses médecins ». *Le Monde Diplomatique*, Blundo, G., et Olivier de Sardon, J.P.(dir), (2001), *La corruption au quotidien en Afrique de l'Ouest*, Politique Africaine n°83, Paris, Karthala
- Bundred, Peter E and Levitt, Cheryl (2000) 'Medical migration: who are the real losers?' *The Lancet* 2000; 356: pp. 245–46.
- Chevandier, C., (1997), *Les métiers de l'hôpital*, Paris, Découverte
- Djajic, S.,(1986) « International Migration, remittances and welfare in a dependant economic » *Journal of Development Economic* Vol 21. pp229-234
- Pierre Aïach et Didier Fassin (dir), (1994). *Les métiers de santé. Enjeux et quête de légitimité*, Paris, Anthropos
- WHO (2002) *Technical consultation on Imbalances in the health workforce* Ottawa, Canada 10–12 March
- WHO (2004). «*Migration de professionnels de la santé dans six pays* ». *Rapport de synthèse*
- Withol de Wenden C., 2005. Pluridisciplinarité et sciences sociales : point de vue d'un politologue sur les migrations internationales, pp. 51-61 in Rude-Antoine E. et Zagamaris J. (dir.), *Croisée des champs disciplinaires et recherche en sciences sociales*, Paris : P.U.F.