

Les migrations internationales des médecins d’Afrique: entre stratégies d’acteurs, politiques nationales et débats internationaux.

Les cas du Royaume-Uni, de la France et de la Suisse

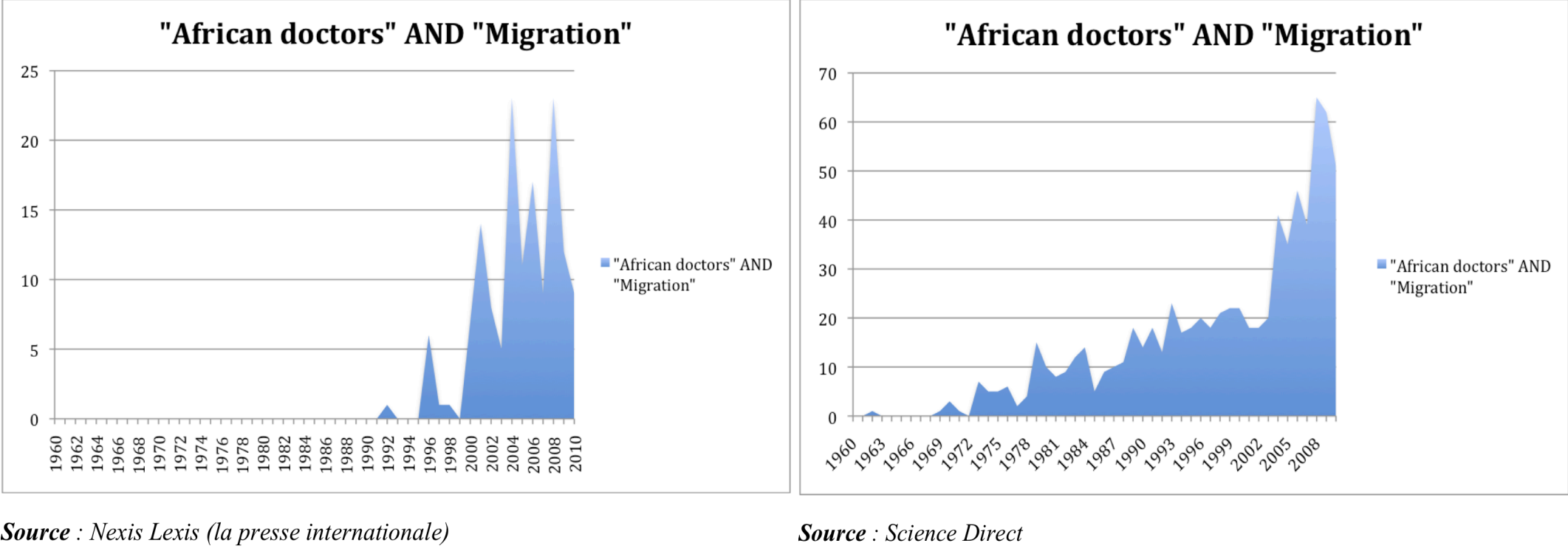
Angèle Flora Mendy , AngeleFlora.Mendy@unil.ch

Centre de recherche interdisciplinaire sur l’international (Crii)

Thèse de Doctorat soutenue le 10 novembre 2010 (sous la direction de François-Xavier Merrien)

1.Introduction

Le débat sur la légitimité de la migration des professionnels de santé issus des pays africains, date principalement des années 90 (cf. Graphiques).
La mise sur agenda international du problème est liée d’une part à la détérioration globale des conditions de santé en Afrique et d’autre part, aux critiques des politiques d’appel des spécialistes des pays pauvres par les pays riches.



2. Objectifs de recherche

Objectif principal

Depuis les années 90, les organisations nationales et internationales abordent la question des migrations dans une perspective éthique et normative: « sont-elles légitimes? », « privent-elles les pays du sud de leurs ressources humaines de santé? », « que faire pour freiner cette migration? » ,

Notre thèse vise à produire une analyse de la pertinence de ces discours par une analyse concrète des trajectoires et des conditions d’exercice des médecins africains dans trois pays: le Royaume-Uni, la France et la Suisse.

Objectifs spécifiques

- Mieux connaître les flux migratoires des professionnels de santé (médecins) des pays africains vers les pays développés;
- Comprendre les facteurs de migration de ces professionnels de santé: pourquoi choisissent-ils de partir?
- Etudier les arrangements institutionnels et politiques des pays d’accueil et la manière dont ils régulent l’accueil des médecins africains.

3. Cadre théorique

Principales orientations théoriques

- Les théories de la migration internationale: analyse des perspectives néoclassiques, structurelles, sociopolitiques et éthiques (Massey et a., 1993).
- Le cadre d’analyse néo-institutionnaliste qui met en évidence le rôle des institutions dans la formation des préférences et des stratégies des acteurs (Merrien, 1990; Schmidt, 2008); perspectives complémentaires: la théorie de la rationalité limitée (Crozier et Friedberg, 1977) et l’analyse des récits des politiques publiques (Roe, 1994).

Cas étudiés

Trois pays d’accueil offrant des contrastes importants tant du point de vue des politiques migratoires que de la structure de la profession médicale.

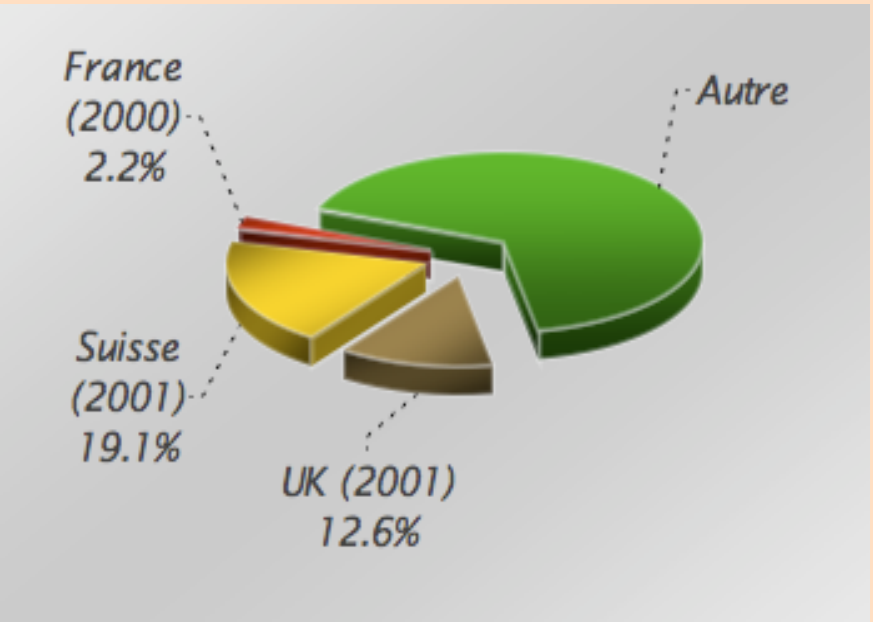
Méthodologie

- Exploitation de la base de données quantitatives de Clemens et Pettersson (2006) sur les flux migratoires des professionnels de santé africains.
- Entretiens avec les professionnels et les responsables de santé en Afrique et en Europe (70 entretiens semi-directifs).
- Exploitation des forums de discussion et revue de la littérature.
- Evaluation statistique des expressions récurrentes (Méthode Desmond McNeill, 2006).

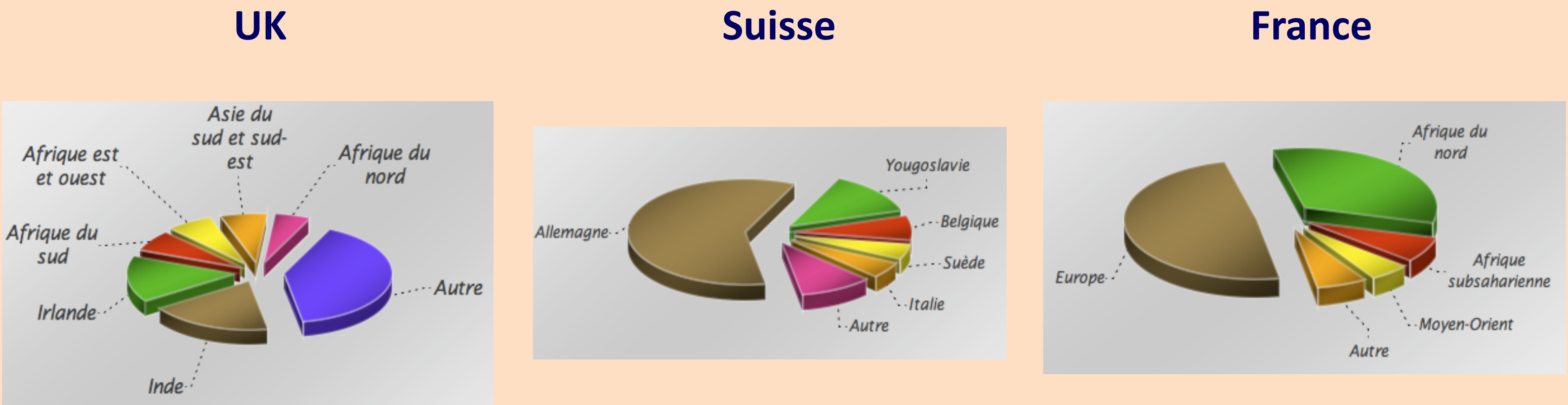
4. Principaux résultats

- Le discours dominant sur la migration des médecins diplômés en Afrique est en déphasage avec les réalités de la plupart des pays européens.

Pourcentage médecins étrangers et africains (certifiés)



Pays obtention du diplôme



- La forme de recrutement international que dénonce la communauté internationale dans le domaine de la santé ne concerne qu’un nombre limité de pays.
- Les cadres institutionnels hérités du passé déterminent largement la place qui est offerte aux médecins africains au sein des trois pays étudiés.

5. Arrangements institutionnels et régulation des médecins africains

Royaume-Uni: système professionnel libéral qui, sous la pression d’ arguments « éthiques », tend vers un modèle protectionniste.

- Une ouverture très grande aux médecins étrangers, asiatiques et africains pendant la phase « optimiste et néolibérale » de la mondialisation;
- Une remise en cause intellectuelle et politique récente (« tournant paradigmatique ») ;
- Une mise en œuvre pratique d’une nouvelle orientation («clôture européenne ») relativement cohérente.

France: système protectionniste soumis à des contradictions.

- Modèle professionnel fermé (par opposition du cas anglais);
- Une réglementation drastique des études de médecine et de la reconnaissance des titres;
- La médecine: une profession fermée caractérisée par le corporatisme, le protectionnisme et la défense du corps;
- Un recours large mais discriminant aux médecins étrangers dans le cadre du système hospitalier.

Suisse: système fermé caractérisé par une inertie institutionnelle vis-à-vis des médecins à diplôme africain.

- Forte stabilité institutionnelle.
- Politique de recrutement dérivant directement de la politique globale d’emploi des étrangers;
- Médecins à diplôme africain marginaux au sein du système.

6. Conclusion

On ne peut rendre la migration des professionnels de santé responsable à elle seule de la précarité des systèmes de santé en Afrique. Le droit à migrer est un droit de l’homme universel. Nombre de discours à prétention éthiques défendent en réalité des intérêts professionnels corporatistes. La restriction du droit de mobilité des médecins des pays du sud ne peut être une politique de développement en matière de santé. Par conséquent, il convient de créer un débat public au niveau international, non sur les émotions, le sens commun ou les préjugés, mais sur la connaissance résultant de la recherche scientifique et la prise en considération des arguments des professionnels de santé concernés.

Massey D., 1993. “Theories of international migration: A review and appraisal”, in *Population and Development Review*, vol. 19. n°3, pp.431-466; **Merrien F-X., 1990.** « Etat et politiques sociales : contribution à une théorie « néo-institutionnaliste », *Sociologie du Travail*, n°3, pp. 267- 294; **Schmidt V., 2008.** « From Historical Institutionalism to Discursive Institutionalism : Explain Change in Comparative Political Economy », American Political Science Association Meetings; **Crozier M., Friedberg E., 1977.** *L’acteur et le système. Les contraintes de l’action collective*, Paris, Editions du Seuil; **Roe E., 1994.** *Narrative Policy Analysis: Theory and Practice*, Durham, Duke University Press; **Clemens M., Petersson G., 2006.** “A New Data Base of health Professional Emigration from Africa”, Working Paper n° 95, Center for Global Development; **McNeill D., 2006.** « The Diffusion of Ideas in Development theory and policy », *Global Social Policy*, vol.6, n°3, pp.334-353.