

Zeitschrift: Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales

Band: 63 (2005)

Heft: 4: Les politiques de lutte contre la pauvreté à l'orée du XXI siècle

Artikel: L'exode des professionnels de la santé : une catastrophe sanitaire pour l'Afrique

Autor: Mendy, Angèle Flora

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-141697>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

L'EXODE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ: UNE CATASTROPHE SANITAIRE POUR L'AFRIQUE

ANGÈLE FLORA MENDY

Assistante doctorante

amendy@unil.ch

> La migration des personnels de santé des pays du sud vers les pays du nord préoccupe sérieusement la communauté internationale à cause d'un contexte sanitaire de plus en plus chaotique. Cependant, le débat reste largement ouvert car les pays développés eux-mêmes doivent faire face au vieillissement de leurs populations et à la pénurie de personnels de santé. L'article fait le point de la situation et discute les propositions abordées au niveau international.

L'exode des personnels qualifiés des pays du sud vers les pays du nord commence à préoccuper sérieusement la communauté internationale. L'OCDE et la Banque mondiale prennent la question très au sérieux.

Alors que la santé et l'éducation figurent au titre des Objectifs du Millénaire (OMD), les pays pauvres et au premier chef les pays d'Afrique souffrent d'un manque préoccupant de ressources en personnel qualifié. La situation est particulièrement préoccupante dans le domaine de la santé. Alors que l'importance des problèmes impose un effort fondamental pour renforcer les capacités locales des pays du sud, ceux-ci sont incapables de retenir chez eux les professionnels qu'ils ont formés, attirés par les salaires et les conditions de vie des pays du nord mais aussi déjà par les conditions de vie et d'exercice que l'on peut leur offrir dans leurs propres pays.

Dans cet article nous cherchons modestement à évaluer les enjeux, à mesurer l'importance du phénomène et à évaluer les solutions possibles.

APERÇU GÉNÉRAL

Les bilans sanitaires de ces dernières années en Afrique ne sont guère satisfaisants. Le rapport du *Haut Conseil de la Coopération Internationale* (2002) dresse un bilan comparatif très sombre de l'Afrique subsaharienne que ce soit du point de vue des efforts que des indicateurs de santé.

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a atteint 161,1 pour mille habitants tandis qu'il s'élève seulement à 7,3 pour mille dans les pays développés. Et ce n'est qu'une moyenne. Certains pays comme le Mozambique (201 pour mille), la Sierra Leone (155 pour mille), l'Angola (145 pour mille) et le Libéria (141 pour mille) révèlent des taux alarmants. Le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA constituent les facteurs majeurs de mortalité. L'Afrique est le continent le plus touché par la pandémie de SIDA. Les résultats du rapport

de l'ONU SIDA (2004) sont sans appel. Sur les 38 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2003, 25 millions vivent en Afrique subsaharienne, ce qui correspond au 2/3 des personnes infectées dans le monde. Sur cinq millions de nouveaux cas enregistrés dans le monde pour la seule année 2003, trois millions vivent en Afrique. La prévalence du VIH en Afrique australe est encore plus préoccupante. Les taux de prévalence dans cette partie du continent dépassent la barre des 17%. Le Botswana et le Swaziland se situent au-dessus du seuil de 35%. Le risque d'infection du VIH/Sida est particulièrement élevé chez les femmes africaines. On compte 13 femmes infectées pour 10 hommes. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le ratio est de 20 femmes pour 10 hommes en Afrique du Sud et de 45 femmes pour 10 hommes au Kenya et au Mali (ONU SIDA, 2004).

Tandis que l'espérance de vie ne cesse d'augmenter dans les pays développés, elle stagne ou régresse dans les pays d'Afrique.

Countries With the Highest and Lowest Life Expectancy

| Highest life expectancy (years) | | Lowest life expectancy (years) | |
|---------------------------------|----|--------------------------------|----|
| Japan | 82 | Botswana | 35 |
| Iceland | 81 | Lesotho | 35 |
| Sweden | 81 | Swaziland | 35 |
| Australia | 80 | Zambia | 37 |
| Canada | 80 | Angola | 40 |
| France | 80 | Sierra Leone | 40 |
| Italy | 80 | Zimbabwe | 41 |
| Norway | 80 | Liberia | 42 |
| Spain | 80 | Mozambique | 42 |
| Switzerland | 80 | | |

Source: World Population Data Sheet, PRB, 2005

La faiblesse des indicateurs de santé et la persistance des maladies endémiques résultent d'un contexte sanitaire de plus en plus chaotique. Le secteur de la santé a été la principale victime de la crise de la dette et la mise en œuvre des plans d'ajustement. En dépit des nouvelles politiques de lutte contre la pauvreté, l'effort en faveur du secteur sanitaire reste très largement insuffisant et n'est pas compensé par l'aide internationale. En 2002, les dépenses de santé par habitant s'élèvent seulement à 37\$ par habitant soit 5,5% du PIB alors qu'elles atteignent 3100\$ (11% du PIB) dans les pays développés. Le nombre de lits d'hôpitaux pour 1000 habitants n'est que de 1,2/°° contre 7,5/°° pour les pays développés. Le nombre de médecin rapporté à la population totale est très faible. Il s'élève à 1 médecin pour 25 000 habitants dans la majeure partie des pays africains contre 1 médecin pour 500 habitants dans les pays développés.

Le décalage entre le niveau des besoins et le niveau de l'offre de soins constitue aujourd'hui un enjeu majeur. L'Afrique manque de médicaments, d'infrastructures de soins et de personnels de santé. L'opinion publique commence à être sensibilisée par la question de l'accès aux médicaments essentiels et les effets pervers inattendus du nouveau système commercial international et plus particulièrement du droit de propriété intellectuelle. Elle l'est beaucoup moins par un phénomène relativement nouveau: l'exode des professionnels de santé africains vers les pays du nord.

Ce phénomène prend de l'ampleur et suscite plusieurs interrogations justifiées. En effet, pour faire face à une pénurie de personnels, certains pays de l'OCDE ouvrent largement leurs portes aux personnels de santé formés dans les pays du sud. Du même coup, les pays en développement se trouvent à former des médecins et des infirmiers qui émigrent massivement privant leurs pays et leur continent des compétences dont ils ont un besoin urgent.

L'AMPLEUR DU PROBLÈME

L'exode du personnel de santé des pays en développement vers les pays développés répond à des causes multiples: insatisfaction devant les conditions de vie dans leur pays natal, attrait des conditions de vie et de rémunération dans les pays du nord, volonté d'aider les familles restées au pays (transferts monétaires). Quoi qu'il en soit, l'ampleur prise par le phénomène inquiète au plus haut niveau les pays d'origine et la communauté internationale. Pour des pays comme les Philippines ou la Jamaïque on peut parler d'une véritable «hémorragie de professionnels».

Un des problèmes majeurs tient à ce que ces migrations ne sont pas seulement spontanées, mais sont fortement encouragées par certains pays du nord. Plusieurs pays de l'OCDE et du golfe persique mènent une politique systématique d'encouragement aux migrations de personnels de santé en provenance des pays en développement (OCDE, 2004). L'Afrique, l'Amérique Centrale et les Caraïbes sont les parties du monde les plus touchées (Banque mondiale, 2005). Tous les pays ne connaissent pas les mêmes proportions de migration. Sur le continent américain, la proximité de certains pays (République Dominicaine, Salvador, Guatemala, Jamaïque et Mexique) avec les États-Unis entraîne rapidement une migration massive des diplômés et des personnels de santé.

Le rapport commun de la PAN *American Health Organization* (PAHO) et de l'OMC (2002) révèle qu'il existe actuellement plus d'infirmières du Bangladesh au Moyen-Orient que dans le pays même. Aux Philippines, les responsables politiques ont lancé une alerte sanitaire car plus de 8.000 infirmières et médecins partent chaque année pour les États-Unis, les pays d'Europe et du Moyen-Orient. Il est vrai que la différence de rémunération est considérable. Le salaire moyen infirmier aux Philippines s'élève à 120\$ par mois. Ils peuvent gagner 3.000 à 4.000\$ par mois aux États-Unis. Même si le coût de la vie est différent, les émigrés parviennent à transférer chaque mois des sommes considérables dans leur pays d'origine (Banque mondiale, 2005).

Ce décalage provoque des phénomènes induits. Selon l'association des infirmier(e)s philippines, les inscriptions dans les écoles d'infirmiers sont passées de 20.000 en 1999 à plus de 40.000 en 2002 (Carlos H. Conde, I.H.T, 2004). La demande de formation est telle que même les écoles d'informatique proposent des modules en soins infirmiers.

En Jamaïque, vingt pour cent des infirmiers spécialisés émigrent vers les États-Unis ou la Grande Bretagne¹. La migration touche également le secteur éducatif qui a perdu plus de 2000 enseignants entre 2000 et 2002.

Chaque année, l'Afrique perd environ 23.000 professionnels de santé qualifiés qui émigrent vers les pays développés. En Afrique, les pays anglophones (Afrique du sud, Zambie, Ghana,

¹ À titre d'exemple, la population américaine compte 97.2 infirmiers pour 10.000 habitants alors que la Jamaïque ne compte que 11.3 infirmiers pour 10 000 habitants.

Kenya etc.) sont plus touchés que les autres en raison de la forte demande en provenance de la Grande-Bretagne.

Au Ghana et au Zimbabwe, la plupart des médecins n'attendent pas de finir leur formation pour partir. Trois quart d'entre eux choisissent la migration durant leurs dernières années de diplôme.

Dans certain pays comme le Malawi, 28% seulement des postes d'infirmiers ont pu être pourvus en 2003, tandis qu'en Afrique du sud, 32.000 postes n'ont pas trouvé preneurs.

En Zambie, on évalue à plus de 2000 le nombre d'infirmiers qui travaille en Angleterre la plupart en qualité d'aides médicaux alors même que le pays accuse une sévère pénurie de personnel. La principale structure hospitalière du pays qui a besoin de 1400 infirmiers, ne peut en recruter que 700. Pour cette raison, la qualité des soins se détériore. Un infirmier doit s'occuper de 40 patients au lieu de 5. Pour faire face à cette situation, le pays est obligé de recourir à une politique systématique d'augmentation salariale (la dernière de 90%) difficilement compatible avec l'état des finances publiques.

Il est indéniable que les coûts estimés de l'exode du personnel soignant sont énormes pour les pays d'origine. L'OCDE estime que chaque départ d'un professionnel de santé africain constitue une perte de 184.000\$ pour l'Afrique. Tandis que les pays pauvres supportent des coûts de formation élevés, les bénéfices de l'exode reviennent aux pays d'accueil qui économisent dans la formation des professionnels.

Cependant, il faut souligner que certains pays développent une politique systématique de formation de personnels de santé destinés à l'émigration faisant ressortir le niveau élevé de devises que ces migrants font revenir au pays. À titre d'exemple, Cuba pour des raisons politico-économiques, mène une politique volontariste visant à faire entrer des devises. C'est ainsi que le pays s'est spécialisé dans le traitement des patients et la formation d'étudiants étrangers et l'exportation de personnel médical (Julie M. Feinsilver, 1993).

Mais pour la majorité des pays, notamment africains, il s'agit non d'une stratégie réfléchie et contrôlée par le pays mais d'un mouvement subi et difficile à contrôler.

De toute évidence, le problème implique une solution globale et des études poussées. Plusieurs propositions sont actuellement discutées au sein des pays et au niveau multinational.

LES SOLUTIONS ENVISAGEABLES

En l'état actuel du débat aucune proposition ne fait l'objet d'un consensus sur le plan international.

La plupart des pays alertent la communauté internationale de l'urgence d'une solution concertée et dans l'attente prennent des solutions ad hoc.

Aux Philippines où le nombre de médecins par rapport à la population est tombé à 1 médecin pour 26.000 habitants (au lieu de 1 pour 6000 habitants prévu par les planificateurs nationaux), le Congrès a voté en 2003 l'obligation d'exercer au minimum deux ans avant de partir à l'étranger.

Cependant, au niveau international l'idée de contrôler voire de réduire le déplacement des professionnels de santé des pays pauvres vers les pays riches est contradictoire avec le processus de libéralisation des services de santé dans le cadre de l'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS). En effet, la «modalité quatre» nommée «présence de personnes physiques» une des règles d'échange de l'AGCS suppose que les personnes d'un

pays membre de l'OMC peuvent se déplacer sur le territoire d'un autre pays membre pour y fournir des services. Il s'agit par exemple de la migration des médecins, des comptables ou des enseignants.

Certains experts (Benavidez, PAHO/OMS, 2002), pensent que les pays pauvres ne devraient pas fonder une stratégie économique sur la formation de professionnels destinés à la migration. La priorité absolue devrait être de fournir une couverture universelle de santé pour leur population. La stratégie d'exportation des services de santé est possible à condition de mesurer les implications pour les populations des pays concernés, d'en limiter les risques et de définir les segments pour lesquels ceci est possible sans conséquences négatives.

Des pays comme l'Afrique du sud, le Kenya, le Nigeria et l'Île Maurice notamment, ont convenu de mener des réflexions approfondies et des négociations au niveau international pour trouver des solutions appropriées.

Lors de la conférence de Bangkok (2004), l'organisation Médecins sans Frontières (MSF) a demandé la mise en place de restrictions dans le recrutement de personnels de santé issus d'Afrique subsaharienne. Selon MSF, il ne sert à rien de mettre en place une politique de médicaments antirétroviraux à un prix abordable s'il n'y a pas de professionnels pour administrer les soins et conseiller les populations.

L'Organisation Internationale des Migrations (OIM) quant à elle, a proposé des initiatives qui encouragent le retour des professionnels de santé vers leurs pays d'origine ou encore le principe de migrations à durée limitée qui offre l'avantage de permettre aux personnels de bénéficier d'une formation et d'une expérience professionnelle dans les pays les plus avancés puis de revenir faire profiter leurs pays d'origine de leur expérience. Il faut toutefois admettre que cette initiative ne bénéficie pour l'instant que d'un succès relativement limité. Il est difficile de faire revenir en Afrique des professionnels qui ont connu les conditions de vie, d'exercice et de salaire des pays du nord.

L'idée d'un complément de salaires, (permanents ou temporaires) pour les médecins et infirmiers qui acceptent de rester dans les pays d'origine, soulève aussi de nombreux problèmes économiques que sociaux.

Selon l'OCDE (2004), l'OMS doit élaborer un projet de code d'éthique applicable au recrutement international des professionnels de santé afin d'améliorer les conditions d'emploi au sein des pays à faibles revenus d'où provient la main d'œuvre immigrée.

L'établissement des taxes à l'exil ou des taxes portant sur les pays d'émigration (UN Commission for Africa, 2003), la négociation des arrangements bilatéraux prohibant ces recrutements de personnels de santé des pays pauvres, la contribution des personnels de santé expatriés à la formation des ressources humaines de leur pays d'origine (*South African network of Skills Abroad*) sont autant de possibilités qui sont aujourd'hui sur la table de négociation. Le débat reste largement ouvert car les pays développés eux-mêmes doivent faire face au vieillissement de leurs populations et à la pénurie de personnels de santé et ne sont guère favorables à des mesures restrictives.

CONCLUSION

En définitive, nul ne peut douter aujourd'hui du caractère primordial de la question des compétences pour l'Afrique. Aucun développement économique et social n'est possible sans les ressources humaines indispensables. Or dans le domaine de la santé, les évolutions in-

ternationales jouent contre l'Afrique. Le personnel formé est insuffisant pour répondre aux besoins et, de surcroît une part croissante de ce personnel part rejoindre les pays riches. Il ne fait aucun doute que la solution ne peut être qu'internationale et négociée et il ne fait aucun doute non plus que les universités et les institutions de formation de santé au nord et au sud doivent être les partenaires indispensables de la recherche d'une solution rationnelle et équitable.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- S-J DOUGLAS, J-E TAYLOR, *International Migration. Prospects and Policies in a Global Market*, Oxford University Press, 2004.
- R-H. ADAMS JR, *International Migration, Remittances and The Brain drain. A study of 24 Labor- Exporting Countries*, World Bank, 2003.
- D. KAPUR, J.MCHALE, *Give Us Your Best and Brightest*, Center For Global Development, 2005.
- F. DOCQUIER, A. MARFOUK, «Measuring the international mobility of skilled workers (1990-2000) », *World Bank Policy Research*, 2004.
- F. DOCQUIER, A. MARFOUK, «International migration by educational attainment (1990-2000) », *In International Migration, Remittances and Development*, New York, 2005
- J-M. FEINSILVER, *Healing The Masses. Cuban Health Politics At Home And Abroad*, University of California Press, 1993.
- M. BINE, F. DOCQUIER, H. RAPOPORT, «Brain drain and economic development: theory and evidence», *Journal of Development Economics*, 64 (2001), 275-289.
- F. DOCQUIER, H. RAPOPORT, «Fuite des cerveaux et formation de capital humain. Des effets ambigus sur le développement des pays d'origine», *Economie Internationale*, 1999, p. 63-71.
- N. DRAGER, P. FIDLER, *Managing Liberalization of trade in services from health polity perspective*, WHO, 2004.
- S. MUNZELE MAIMBO and D. RATHA, *Remittances. Development Impact and Future Prospects*, World Bank, 2005.
- World Population Data Sheet*, PRB, 2005.