

PARTIE III

La mobilité internationale des professionnels de la santé : Évaluation et enjeux à partir du cas sud-africain¹

Résumé

La décennie 90 a été marquée par un accroissement important de la mobilité internationale des travailleurs hautement qualifiés, particulièrement perceptible pour les professions en relation avec les nouvelles technologies de l'information et des communications, mais qui concerne aussi de plus en plus largement les professionnels de la santé. En Afrique du Sud, notamment, où on constate une détérioration progressive du solde migratoire au cours des quinze dernières années, la question de la mobilité internationale des personnels de santé a pris une importance considérable.

Les déterminants de la mobilité internationale des professionnels de la santé recourent largement ceux qui concernent l'ensemble des travailleurs hautement qualifiés et se définissent à partir d'une combinaison de *pull* et *push factors*. D'autres déterminants, plus spécifiques aux ressources humaines médicales, doivent toutefois être mentionnés comme l'évolution des rémunérations relatives dans les pays d'origine ou la détérioration des conditions de travail dans le secteur de la santé.

Ce chapitre qui s'appuie sur l'exemple sud-africain montre cependant que l'émigration n'est pas toujours la cause principale des problèmes auxquels doivent faire face les systèmes de santé des pays en développement, même si elle n'en constitue pas moins un facteur aggravant. Les autorités sud-africaines ont récemment mis en œuvre toute une série de mesures qui sont sensées faciliter l'immigration de travailleurs qualifiés étrangers et accroître la rétention du personnel sud-africain. Le document présente les principales réformes intervenues dans le domaine de la santé, et notamment : i) l'introduction d'un service communautaire obligatoire, ii) la formation, iii) l'amélioration des conditions de travail, y compris salariales et iv) le renforcement de la coopération internationale avec les principaux pays d'accueil des personnels de santé sud-africains.

L'étude détaillée de l'Afrique du Sud montre que les politiques publiques dans les pays confrontés à une émigration de personnel qualifié, dans le domaine de la santé et au-delà, ont un rôle important à jouer pour développer et améliorer la gestion des ressources humaines. Dans le cas de ce pays, et en référence à plusieurs autres pays, le document montre l'importance qu'il peut y avoir à renforcer, tant au niveau national dans les pays d'origine, qu'au niveau international, la cohérence entre les politiques migratoires et les politiques d'aide au développement pour permettre un partage équitable et durable des bénéfices associés à la mobilité internationale des professionnels de santé.

Introduction

Ce chapitre, qui s'appuie sur le cas de l'Afrique du Sud, rend compte de la mobilité internationale des professionnels de la santé. L'augmentation de la demande des soins de santé, en partie liée au vieillissement des populations de la plupart des pays de l'OCDE, entraîne et continuera probablement à entraîner une accélération de la mobilité internationale des professionnels de la santé. Plusieurs pays de l'OCDE ont déjà modifié leur politique migratoire afin de faciliter le recrutement d'infirmières et de médecins

étrangers (OCDE, 2002a). Cette tendance préoccupe de plus en plus les pays d'origine qui voient partir des ressources humaines coûteuses à former et essentielles à leur développement économique, faisant ainsi ressurgir les craintes exprimées en terme de « *brain drain* » dans les années 60 et 70². Ces craintes sont d'autant plus fondées lorsque les pays de départ offrent peu de perspectives pour motiver le retour de leurs émigrants qualifiés.

L'exemple de l'Afrique du Sud et de plusieurs autres pays qui, dans un avenir proche risquent d'être confrontés à l'émigration croissante des personnels qualifiés (OCDE, 2002b), renvoie donc à la cohérence des politiques de développement et des politiques migratoires et nécessite la mise en œuvre d'un ensemble de mesures qui touchent à la gestion des ressources humaines, tant dans les pays d'accueil que dans les pays d'origine, et aux bénéfices tirés de la mobilité internationale de la main-d'œuvre. Cette problématique rejoint les questions abordées dans le cadre des activités initiées récemment par l'OCDE sur la cohérence des politiques au service du développement.

Ce chapitre évalue l'ampleur réelle de la mobilité internationale des professionnels de santé en Afrique du Sud et établit un état des lieux dans le domaine sanitaire. Il présente ensuite les causes et conséquences de la mobilité internationale des professionnels de santé et les politiques mises en œuvre par les autorités sud-africaines pour faire face à l'émigration de cette catégorie de main-d'œuvre. Si les pays de l'OCDE envisagent de poursuivre le recrutement de personnel de santé dans les pays en développement, l'expérience sud-africaine montre que la question du renforcement de la coopération internationale en matière de développement et de gestion des ressources humaines des personnels de santé sera primordiale, de même que la recherche d'une plus grande cohérence entre les politiques de développement et les politiques migratoires.

Le cas de l'Afrique du Sud est exemplaire à plusieurs égards dans ce domaine. En effet, ce pays qui fait face à des problèmes sanitaires considérables, dispose d'une main-d'œuvre médicale internationalement renommée. Par ailleurs, la mobilité internationale, notamment du personnel qualifié, constitue un phénomène ancien dans ce pays qui s'explique par des raisons historiques³ et géopolitiques⁴. Enfin, l'Afrique du Sud se trouve, à l'instar d'autres pays, comme par exemple la Russie, dans une position intéressante dans la mesure où elle est à la fois un pôle d'attraction pour la main-d'œuvre qualifiée en provenance de pays moins avancés et un pourvoyeur de ressources humaines qualifiées pour le marché du travail mondial.

1. Les migrations de travailleurs hautement qualifiés vers et à partir de l'Afrique du Sud : une perspective historique

En Afrique du Sud, la question de la mobilité internationale des travailleurs hautement qualifiés est très sensible et ce depuis longtemps (Bhorat, Meyer et Mlatsheni, 2001). Les migrations des personnels de santé ont remplacé depuis deux ans dans les débats sur l'exode des compétences la question de la mobilité des informaticiens et, de manière plus générale, des ressources humaines en sciences et technologies.

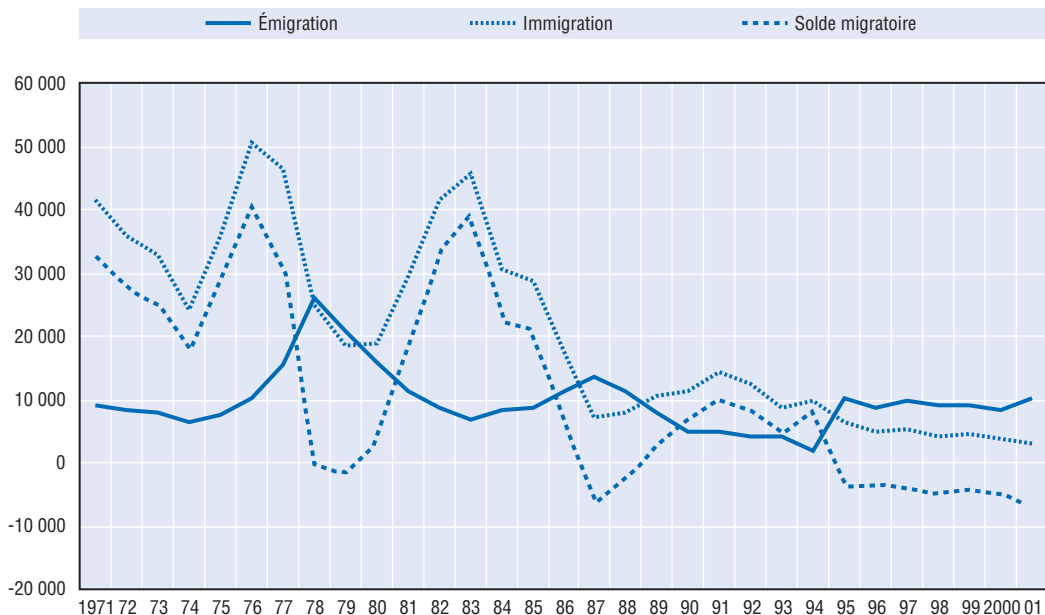
Dans un contexte de fécondité élevée, l'immigration a longtemps constitué une composante importante de la dynamique démographique sud-africaine. Entre 1965 et 1975, 300 000 nouveaux immigrants sont arrivés en provenance d'Europe, auxquels il faut ajouter plus de 70 000 blancs originaires d'autres pays africains⁵ (Crush, 2002). Entre 1975 et 1985, l'immigration nette explique encore près de 4 % de la croissance annuelle de la population. Depuis 15 ans, toutefois, le solde migratoire n'a cessé de se

détériorer (voir graphique III.1). Selon les données officielles, l'immigration a décliné considérablement alors même que l'émigration augmentait. La diminution de l'immigration s'est produite sous la double influence du durcissement des lois d'immigration (Mattes, Crush et Richmond, 2002) et de la dégradation de la situation de l'emploi. L'augmentation de l'émigration est due à un faisceau de déterminants lié aux perspectives de l'économie sud-africaine et à la sécurité nationale, ainsi qu'aux changements politiques et à l'accroissement de la demande mondiale de main-d'œuvre qualifiée, notamment dans le secteur des nouvelles technologies et dans celui de la santé.

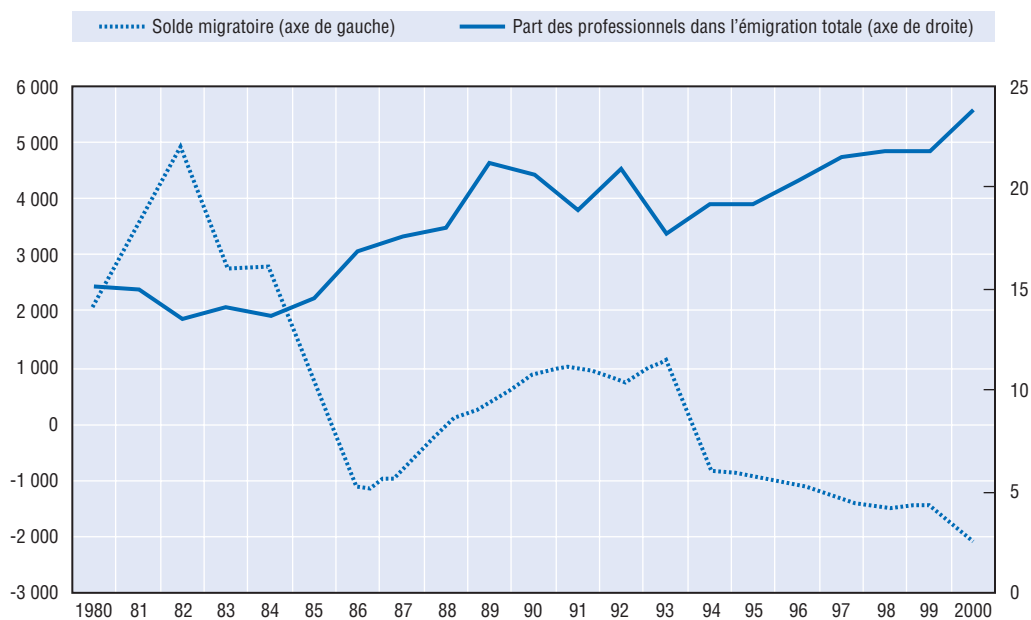
Les statistiques officielles sur l'émigration sous-estiment toutefois l'importance des flux de sorties (voir encadré III.1). Elles reflètent néanmoins une tendance croissante à l'émigration de personnel qualifié (voir graphique III.2).

Le tableau III.1, qui rend compte de la population de 15 ans et plus née en Afrique du Sud et résidant dans les pays de l'OCDE par niveau d'éducation, donne une illustration de l'ampleur des effectifs sud-africains. D'après ces statistiques, plus de 372 000 personnes originaires d'Afrique du Sud résideraient en 2000 dans les pays de l'OCDE. Environ 46 % d'entre elles sont diplômées du supérieur. Pour la même année on peut calculer le taux d'émigration en rapportant la population sud-africaine expatriée de 15 à 64 ans à celle de la même tranche d'âge résidant en Afrique du Sud. On obtient alors un taux d'émigration global cumulé de 1.4 % pour l'ensemble de la population considérée et de 7 % pour les qualifiés. Ce résultat, comparable aux moyennes mondiales⁶, permet de nuancer les approches alarmistes en terme de fuite des cerveaux sud-africains, et ce d'autant plus que ces chiffres incluent des personnes nées en Afrique du Sud mais ayant effectué leurs études à l'étranger. Toutefois, la tendance générale à l'accroissement de l'émigration sud-africaine qualifiée reste préoccupante (voir encadré III.2).

Graphique III.1. Flux migratoires en Afrique du Sud, 1971-2001, données officielles



Source : Statistics South Africa Migration Reports.

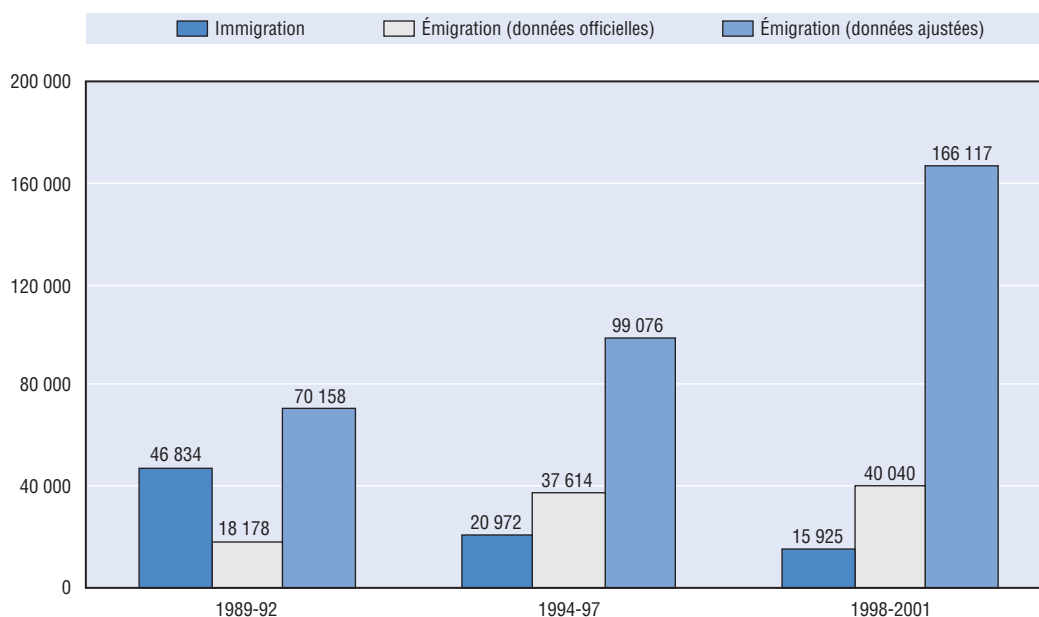
Graphique III.2. **Émigration de professionnels sud-africains, 1980-2000, données officielles**

Source : Statistics South Africa Migration Reports.

Encadré III.1. **Fiabilité des statistiques migratoires**

L'Afrique du Sud est un pays où, d'une façon générale, les données statistiques sont nombreuses et détaillées. C'est le cas des statistiques migratoires où l'information est en permanence disponible et actualisée au travers des publications de *Statistics South Africa* (SSA), organisme public de collecte et traitement de l'information statistique. Cependant, les données migratoires de SSA n'enregistrent que les migrants qui se déclarent comme tels, occultant par la même une part importante des flux de sorties. En effet, beaucoup de personnes qui quittent le pays ne souhaitent pas s'enregistrer comme migrants, pour une multitude de raisons : possibilités de retour ultérieur, raisons fiscales, raisons psychologiques, motifs familiaux, etc. Les statistiques migratoires de personnes hautement qualifiées n'échappent malheureusement pas à cet écueil.

Pour pallier cette insuffisance, plusieurs études font appel aux statistiques des principaux pays d'accueil des expatriés sud-africains (Fourie et Joubert, 1998 ; Meyer, Brown et Kaplan, 2000 ; HSRC, 2003), tels que le Royaume-Uni, l'Australie, le Canada, les États-Unis et la Nouvelle-Zélande. On estime que ces pays représentent à eux seuls plus des deux tiers de l'ensemble des émigrants sud-africains. A partir de ces données, l'émigration sud-africaine pourrait être sous-estimée par un facteur 4 entre 1989 et 1992, par un facteur 3 entre 1994 et 1997 et à nouveau par un facteur 4 entre 1998 et 2001 (voir graphique III.3). L'extrapolation des chiffres officiels totaux à partir de ces estimations permet de donner un ordre de grandeur plus réaliste de l'importance de l'émigration sud-africaine.

Graphique III.3. **Évolution des flux migratoires en Afrique du Sud, 1989-2001, données officielles et ajustées**


Sources : Statistics South Africa Migration Reports ; Meyer, Brown et Kaplan (2000) ; HSRC (2003).

 Tableau III.1. **Effectifs et répartition par niveau d'éducation des personnes de 15 ans et plus, nées en Afrique du Sud et résidant dans certains pays de l'OCDE**

		Primaire	Secondaire	Supérieur	Effectif
Australie	2001	22.1 %	34.9 %	43.0 %	67 441
Canada	2000	20.4 %	17.6 %	62.1 %	54 501
États-Unis	2001	17.2 %	42.1 %	40.8 %	90 759
Nouvelle-Zélande	2001	3.5 %	41.7 %	54.7 %	19 875
Royaume-Uni	2001	10.2 %	42.8 %	47.0 %	115 426
Union européenne ¹	2001	12.1 %	43.6 %	44.3 %	158 679

1. Les Sud-Africains sont présents dans d'autres pays européens de l'OCDE que le Royaume-Uni mais, compte tenu des seuils de significativité dans l'enquête emploi d'Eurostat, il n'est pas possible de fournir une répartition détaillée par pays d'accueil et niveaux de qualifications. Les pays inclus dans le total UE sont les suivants : Autriche, Belgique, Espagne, France, Portugal, et Royaume-Uni.

Sources : Enquête Emploi Eurostat pour les pays européens, *Current Population Survey* pour les États-Unis, *Survey of Longitudinal Income Dynamics* pour le Canada et recensement pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

L'émigration des travailleurs qualifiés touche principalement les cadres supérieurs mais également des enseignants et des professionnels de la santé. Par ailleurs, selon les données compilées par Bailey (2003), la part des secteurs de l'éducation et de la santé dans l'immigration qualifiée totale a diminué entre 1988-92 et 1994-2000 alors que parallèlement celle de l'émigration qualifiée n'a cessé de s'accroître sur toute la période.

Encadré III.2. Prévoir l'émigration des Sud-Africains hautement qualifiés

Mattes et Richmond (2002) ont réalisé une enquête auprès d'un échantillon représentatif de 725 Sud-Africains qualifiés. Ces derniers ont été interrogés sur leurs projets migratoires. Environ 70 % des personnes interviewées déclarent avoir déjà pensé émigrer et 7 % disent avoir l'intention de partir dans les six mois à venir (6 % ont fait une demande de permis de travail). Les auteurs construisent ensuite un indicateur composite censé représenter la probabilité de réaliser un projet migratoire d'au moins deux ans dans les cinq ans à venir. Ils concluent que 2 % des personnes qualifiées enquêtées ont une « très forte probabilité » de quitter l'Afrique du Sud (32 000 personnes) et 10 % environ une « forte probabilité » d'émigrer (192 000 personnes). Pour 24 % d'entre eux, ce sont les États-Unis qui sont visés, viennent ensuite l'Australie (22 %), le Royaume-Uni (15 %), la Nouvelle-Zélande (12 %) et le Canada (11 %). Même si ces chiffres doivent être considérés avec une extrême prudence, ils illustrent néanmoins le sens de la tendance actuelle.

2. Un état des lieux des ressources humaines dans le domaine sanitaire en Afrique du Sud : le rôle de la mobilité internationale

L'Afrique du Sud fait face à une situation sanitaire très difficile et ce en dépit de la qualité de son système de formation dans le domaine de la santé et de recherches dans ce même domaine. En 2001, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'espérance de vie à la naissance ne dépasse pas 49 ans alors que l'espérance de vie en bonne santé est seulement de 41 ans⁷ et parallèlement les taux de mortalité infantile et juvénile restent importants (respectivement 55 ‰ et 70 ‰ en 2000). Compte tenu de son niveau de développement⁸ et de l'importance des dépenses de santé⁹, ces résultats peuvent paraître surprenants¹⁰. Ils s'expliquent en réalité, d'une part, par l'importance de la charge de mortalité imputable au SIDA¹¹ et, d'autre part, par la persistance d'inégalités considérables en matière d'accès aux soins. En terme d'équité de la contribution financière au système de santé, l'OMS situe l'Afrique du Sud au 142^e rang mondial sur 192 pays¹². Un constat largement imputable au développement du système de santé hérité de l'époque de l'*apartheid* dont les effets se font encore largement sentir aujourd'hui.

L'accès universel et gratuit au système de santé date de 1994. Cette nouvelle politique a eu pour effet d'augmenter très rapidement la demande de soins, notamment dans les zones rurales et déshéritées qui souffrent d'une sous-allocation chronique en ressources humaines et en infrastructures sanitaires. Sur la base des principes du nouveau système de santé consignés dans le « *White paper for the transformation of the Health system in South Africa* » (Department of Health, 1997), les autorités sud-africaines ont décidé de faire évoluer les services publics de santé, traditionnellement orientés vers les besoins des classes moyennes et supérieures, essentiellement blanches, vers une médecine au bénéfice de l'ensemble de la population, centrée sur les soins de santé primaires et la lutte contre la pandémie du Sida. Dans ce cadre, le développement des ressources humaines fait l'objet d'une réflexion approfondie (Pick *et al.*, 2001) qui concerne tout à la fois le nombre, la répartition sociale et spatiale ainsi que le profil des médecins et des infirmières¹³.

La question de la mobilité internationale du personnel médical sud-africain ne peut être appréhendée sans tenir compte de cette transformation du système de santé et de l'utilisation

de ses ressources humaines. Cette évolution permet en effet d'expliquer une partie des mouvements migratoires et d'éclairer leur impact compte tenu des nouvelles orientations de santé publique (équité et qualité) que se sont assignées les autorités sud-africaines.

L'offre et la demande de personnel médical : des déséquilibres persistants !

Deux études récentes dressent un état des lieux des ressources humaines sanitaires en Afrique du Sud (Erasmus et Hall, 2003 ; Doherty et Joffe, 2003). Elles montrent qu'en dépit des efforts consentis par les autorités sud-africaines, des déséquilibres importants persistent entre l'offre et la demande de personnel médical. Quatre constats principaux peuvent être établis (voir tableau III.2) :

- Dans l'ensemble, en comparaison à d'autres pays en développement¹⁴, les taux d'encadrement médical sont relativement satisfaisants en Afrique du Sud (7.1 pour 10 000 habitants). Ils restent cependant moins élevés qu'en Amérique latine (12.7 au Brésil par exemple). Le taux d'encadrement des infirmières avec un ratio égal à 4 habitants est relativement élevé et même comparable à celui observé dans certains pays d'Europe centrale et orientale (3.85 en Hongrie et 4.1 en Roumanie en 1998). Ce constat a conduit certains observateurs à conclure que le problème n'est pas tant lié à la disponibilité des ressources humaines qu'à leur allocation (Pick et al., 2001).
- L'effectif de médecins généralistes s'est accru récemment aux dépens des spécialistes. Cette évolution reflète la réorientation du système de santé vers les soins de santé primaire depuis la fin de l'*apartheid*.
- Les effectifs d'infirmières ainsi que ceux de médecins spécialistes et, dans une moindre mesure, de pharmaciens croissent moins vite que la population totale. La situation est encore plus préoccupante pour les infirmières généralistes et les aides-soignants dans la

Tableau III.2. **Nombre de professionnels de la santé enregistrés dans leur ordre (Councils) respectif sur la période 1996-2001**

	1996	2001	Taux de croissance annuel moyen (%)	Effectif pour 100 000 hbts
Médecins	24 696	30 740¹	4.5	71.5
Généralistes	16 819	22 369	5.9	52.1
Spécialistes	7 877	8 371	1.2	19.5
Infirmières	172 520	172 338	0.0	401.1
Spécialisées	87 783	94 552	1.5	220.0
Généralistes	33 170	32 120	-0.6	74.8
Aides-soignants	51 567	45 666	-2.4	106.3
Dentistes	3 723	4 648	4.5	10.8
Pharmaciens	9 700	10 742	2.1	25.0
Psychomotriciens	1 732	2 599	8.5	6.1
Physiothérapeutes	3 328	4 487	6.2	10.4
Orthophonistes	1 030	1 435	6.9	3.3
Radiologues	5 467	6 387	3.2	14.9
Psychologues	4 259	5 766	6.2	13.4

1. Selon Erasmus et Hall (2003), le nombre actuel de médecins enregistrés au Conseil de l'ordre et s'étant acquitté du droit d'inscription en 2002 serait de 29 655.

Source : Doherty et Joffe 2003.

mesure où on constate une diminution du nombre de personnes enregistrées au Conseil de l'ordre au cours des cinq dernières années, alors même que ces professionnels sont sensés constituer l'un des piliers de la politique de soins de santé primaire¹⁵.

- La répartition des ressources humaines entre les secteurs publics et privés et entre les régions est très inégale en Afrique du Sud. En effet, un peu moins de 38 % des médecins actifs travaillent pour le public (Erasmus et Hall, 2003) vers lequel se dirige plus de 80 % de la population¹⁶. En ce qui concerne les infirmières, la répartition public-privé est de l'ordre de 50 %, mais seulement 43 % des infirmières spécialisées opèrent dans le public, alors que cette proportion s'élève à 64 et 62 % pour les infirmières généralistes et les aides-soignants (Erasmus et Hall, 2003 ; Doherty et Joffe, 2003)¹⁷. Les déséquilibres géographiques sont tout aussi manifestes. Les provinces du Western Cape et du Gauteng – très urbanisées – disposent d'environ 180 médecins pour 100 000 habitants (entre 2 et 3 fois la moyenne nationale) tandis que les régions Northern Province et Eastern Cape, plus rurales, n'ont respectivement que 21 et 34 médecins pour 100 000 habitants (soit entre 3 et 4 fois moins que la même moyenne). De même, 81 % des infirmières opèrent dans le secteur urbain qui ne représente que 54.4 % de la population.

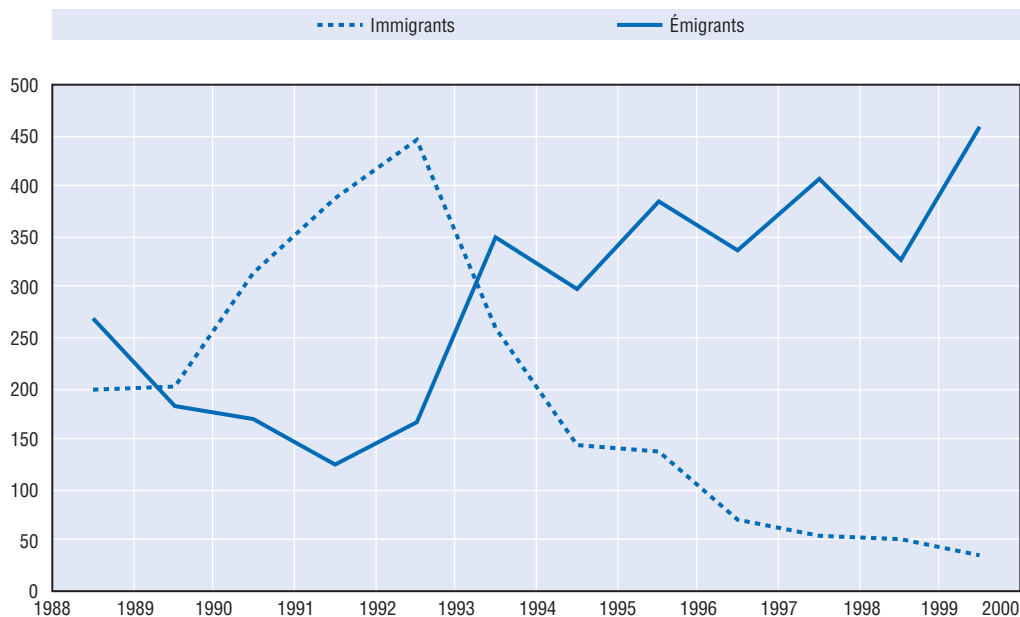
On constate néanmoins une demande non satisfaite en personnel médical dans le secteur public. Le Département de la santé estime ainsi que le nombre de postes offerts restés vacants s'élève à 4 222 pour les médecins et à 32 734 pour les infirmières, ce qui représente un peu plus d'un quart de la demande annuelle totale de postes à pourvoir dans ce secteur pour ces deux catégories (Erasmus et Hall, 2003). A titre d'exemple, on peut citer le cas particulier de l'hôpital public *Chris Hani Baragwanath* à Soweto qui emploie 1 100 infirmières spécialisées et 176 généralistes mais qui dispose de crédits qui devraient permettre d'embaucher 900 infirmières supplémentaires (450 spécialistes et 500 généralistes) actuellement indisponibles sur le marché du travail (aux conditions de travail et de salaire offertes). Cet hôpital recherche également 18 pharmaciens, alors qu'il en emploie déjà 17. A l'inverse, on enregistre un excédent de spécialistes dans le secteur privé, notamment dans la région du Cap. En effet, si les salaires des infirmières spécialisées se sont fortement accrus dans le secteur privé au cours des dernières années (de +14 % en 2000 d'après Erasmus et Hall, 2003), le salaire des spécialistes a augmenté moins fortement dans le secteur privé que dans le public (respectivement 7.5 % et 12 % en 2000).

Si l'on compare les besoins du secteur public aux capacités du système de formation sud-africain, il est clair que les déséquilibres sont susceptibles de persister. En 2000, 1 420 médecins (dont 226 spécialistes), 4 828 infirmières spécialisées (dont 1 992 requalifications d'infirmières généralistes), 1 919 nouvelles infirmières généralistes (moins que le nombre de requalifications) et 1 520 aides-soignants ont été formés. D'après des estimations effectuées par Erasmus et Hall (2003), concernant l'offre et la demande de médecins et d'infirmières à l'horizon 2011, il apparaît que l'Afrique du Sud manquera singulièrement de ressources humaines sanitaires et ce même en supposant constant le taux de migration nette. A court terme, un effort important est à fournir pour pallier les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur public alors qu'à plus long terme les déséquilibres pourraient éventuellement affecter l'ensemble du système de santé. Dans ce cadre, le rôle de la mobilité internationale reste déterminant.

La mobilité internationale du personnel médical sud-africain

L'annexe 1 présente les statistiques officielles des professionnels de la santé de 1988 à 2000, par catégories. A partir de 1994, l'écart se creuse de façon quasi continue entre l'émigration qui augmente progressivement et l'immigration qui diminue drastiquement pendant toute cette période (voir graphique III.4).

Graphique III.4. Flux migratoires des professionnels de la santé en Afrique du Sud, 1988-2000, données officielles



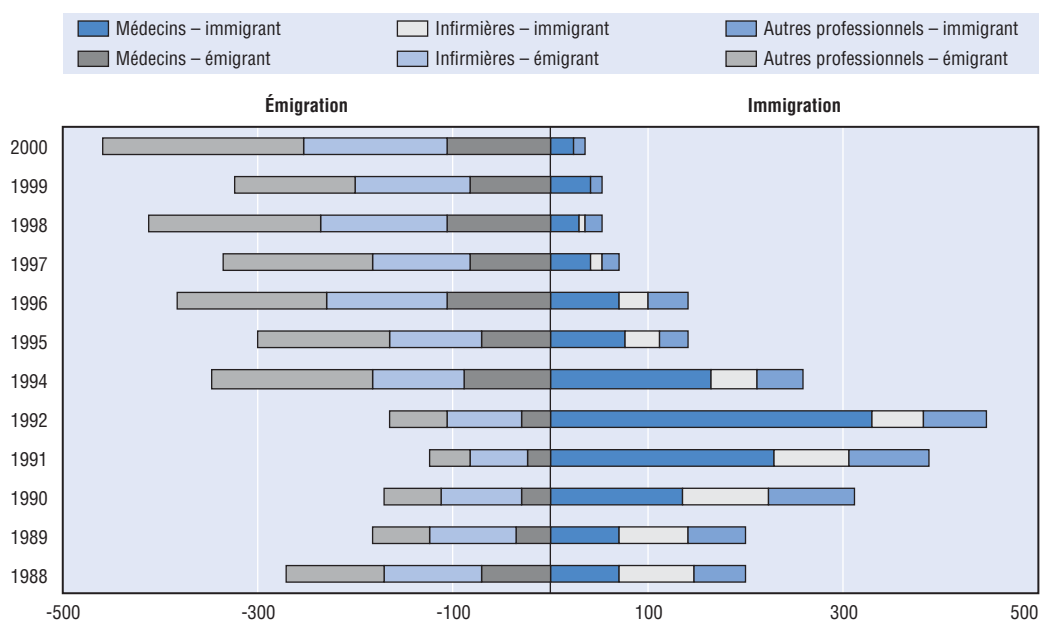
Source : Doherty et Joffe (2003).

Si l'on décompose les mouvements migratoires par sous-catégories, on constate essentiellement une très forte baisse de l'immigration de médecins étrangers et une augmentation de l'émigration des infirmières mais surtout des autres professionnels de la santé (voir graphique III.5).

Des données complémentaires permettent d'évaluer avec un peu plus de précision l'étendue du phénomène et surtout son évolution. Le *Health Professions and Pharmacy Council* enregistre, par exemple, les adresses des praticiens, à l'exception des infirmières. Environ 4 % des personnes enregistrées, soit 2 800 personnes, résident officiellement à l'étranger en 2001 (Doherty et Joffe, 2003). Ce nombre constitue une indication minimale dans la mesure où parmi ceux qui ont quitté le pays certains ont conservé une adresse officielle en Afrique du Sud et d'autres ne sont plus inscrits dans les registres locaux.

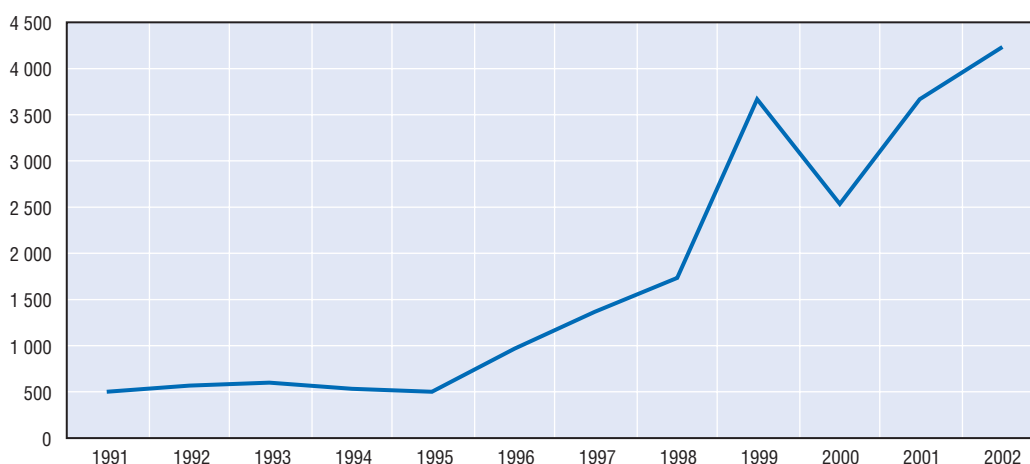
Pour les infirmières, on peut obtenir une approximation de l'évolution des flux migratoires à partir du nombre de demandes de certificats de qualification (voir graphique III.6). Ce document est en effet exigé par la plupart des employeurs étrangers, mais il ne garantit toutefois pas la réalisation du projet migratoire. On constate qu'il en soit une augmentation très prononcée de ces demandes à partir du milieu de la décennie 90 avec des poussées particulièrement fortes en 1996 (+87 %) et 1999 (+110 %).

Graphique III.5. Flux migratoires des professionnels de la santé en Afrique du Sud par catégories, 1988-2000, données officielles



Source : Doherty et Joffe (2003).

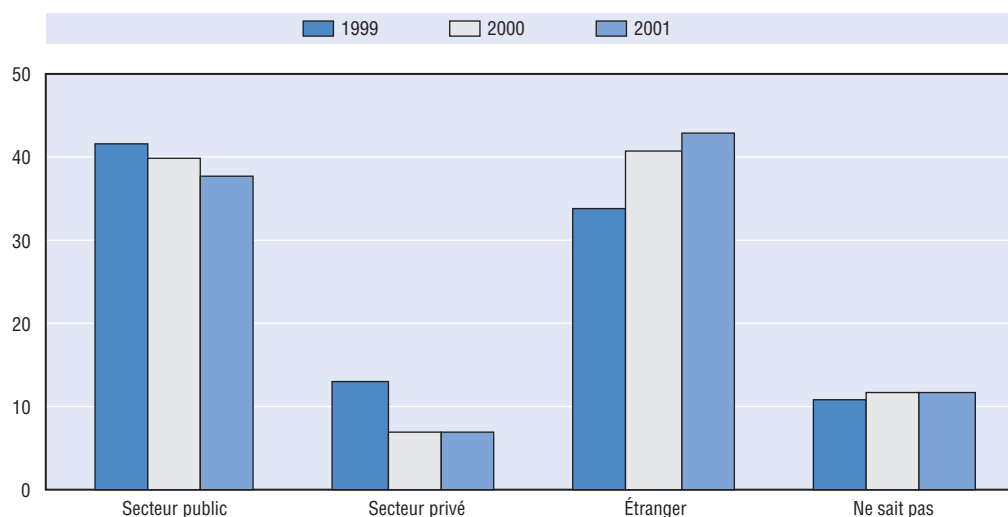
Graphique III.6. Demandes de certificats de qualification par les infirmières sud-africaines, 1991-2002



Source : South African Nursing Council.

Une enquête réalisée auprès de 1 200 jeunes médecins achevant leur année de « Service communautaire » (voir *infra*) permet également d'évaluer les intentions d'émigrer (Reid, 2002). A la question « où avez-vous l'intention de travailler après votre année de service communautaire ? », un nombre important et croissant répondent qu'ils envisagent d'exercer à l'étranger (voir graphique III.7), même si les trois quart d'entre eux

Graphique III.7. Intentions déclarées par les jeunes médecins sud-africains quant à leur affectation à l'issue du service communautaire, 1999-2001



Source : Reid (2002).

environ souhaitent revenir en Afrique du Sud par la suite¹⁸. On remarquera par ailleurs que les jeunes médecins blancs sont sensiblement plus nombreux à envisager une expatriation.

L'émigration du personnel médical sud-africain vue des pays d'accueil

Si on se réfère aux données des pays d'accueil (voir tableau III.3), on estime que plus de 23 400 personnes originaires d'Afrique du Sud exercent actuellement une profession médicale en Australie, au Canada, aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande ou au Royaume-Uni. Ce chiffre correspond à environ 9.8 % de l'ensemble des personnels de santé enregistrés en Afrique du Sud, suggérant un taux d'émigration sensiblement plus important dans le secteur sanitaire que pour le personnel qualifié en général (voir *supra*).

Tableau III.3. Effectifs de personnes nées en Afrique du Sud et exerçant une profession médicale dans quelques pays de l'OCDE en 2001

	Praticiens ¹	Infirmières et sages-femmes	Autres professionnels de la santé ²	Total
Australie	1 114	1 085	1 297	3 496
Canada	1 345	330	685	2 360
Nouvelle-Zélande	555	423	618	1 596
Royaume-Uni	3 625	2 923 ³	2 451	8 999
États-Unis	2 282	2 083	2 591	6 956
Total	8 921	6 844	7 642	23 407

1. Médecins, dentistes, vétérinaires, pharmaciens et autres praticiens diagnostiqueurs.

2. Y compris les assistants.

3. Incluant éventuellement certains aides-soignants.

Sources : Enquête Emploi Eurostat pour les pays européens, *Current Population Survey* pour les États-Unis et recensement pour l'Australie, le Canada et la Nouvelle-Zélande. Données provisoires pour les États-Unis et le Royaume-Uni.

Si on décompose ces données par catégories, l'effectif expatrié le plus important concerne les praticiens (médecins, pharmaciens, dentistes, etc.) avec 8 921 personnes, soit près de 17 % de la force de travail correspondante disponible en Afrique du Sud. L'émigration d'infirmières et de sage-femmes qui est en forte hausse reste toutefois encore relativement limitée (5.4 % de la force de travail disponible en Afrique du Sud), même si on peut penser qu'elle affecte principalement les personnels les plus qualifiés.

Ces résultats doivent toutefois être nuancés en soulignant qu'il s'agit d'effectifs incluant des vagues migratoires anciennes¹⁹. Les pays pour lesquels on dispose d'indications plus détaillées confirment toutefois la tendance à l'augmentation récente de l'émigration du personnel médical sud-africain, notamment des infirmières.

Les liens entre l'Afrique du Sud et le Royaume-Uni sont anciens. Dans ce cadre, la mobilité des personnels de santé n'est pas un phénomène nouveau et doit être appréhendée en tenant compte des relations institutionnelles qui existent entre les deux pays, notamment entre les centres de formation, et de l'intensité des liens familiaux. Si la mobilité des médecins sud-africains ne semble pas s'être particulièrement accélérée sur la période récente, à l'inverse les infirmières sont de plus en plus nombreuses à émigrer au Royaume-Uni. Les flux de ces dernières ont été multipliés par 4 sur la période 1998-2002 (voir tableau III.4). En 2000-01, ce sont près de 2 100 infirmières sud-africaines qui ont obtenu un permis de travail au Royaume-Uni dont 1 319 demandes de premier permis. Une statistique qui montre à quel point les données officielles présentées précédemment sous-évaluent l'ampleur du phénomène puisqu'elles ne recensaient, tous pays d'accueil confondus, que 147 départs officiels d'infirmières en 2000. Ces mouvements migratoires concernent en outre essentiellement des infirmières, notamment spécialisées en soins intensifs ou en soins de bloc opératoire.

Tableau III.4. **Évolution des recrutements d'infirmières sud-africaines au Royaume-Uni**

1998-99	1999-2000	2000-2001	2001-2002
599	1 460	1 086	2 114

Source : UKCC.

L'augmentation des flux de personnel médical vers le Royaume-Uni n'est toutefois pas spécifique au personnel sud-africain puisque, dans le même temps, les recrutements d'infirmières en provenance des Philippines et d'Inde sont passés respectivement de 52 à 7 235 et de 30 à 994²⁰. Elle reflète en réalité les besoins du marché du travail britannique dans ce secteur. Au total, on estime que plus de 30 000 infirmières d'origine étrangère travaillaient à la NHS en 2002. Les services publics de santé britanniques se sont par ailleurs fixé pour objectif de recruter au moins 35 000 infirmières supplémentaires d'ici à 2008, alors même qu'il faudra remplacer 50 000 départs à la retraite pendant cette période²¹.

La pénurie est moins aiguë au Canada et en Australie, même si ces pays recrutent un nombre important d'infirmières et de médecins étrangers. Les besoins en terme de personnel médical sont principalement liés aux déséquilibres régionaux²² et à la nécessité de compenser l'émigration de leurs propres ressortissants²³. Dans ce contexte, compte tenu de leurs compétences professionnelles et linguistiques, les professionnels sud-africains sont particulièrement appréciés. En Australie, en 1998, les médecins formés à

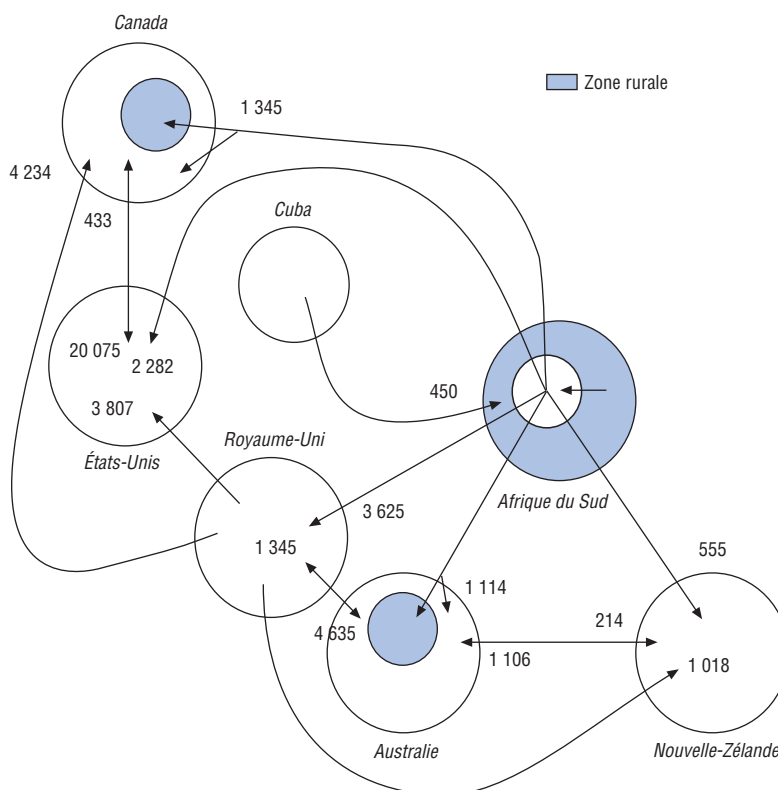
l'étranger représentaient 21.3 % de la force de travail disponible. Entre 1993/94 et 2001/02, le nombre annuel de visas temporaires de travail pour les médecins étrangers a augmenté de plus de 187 % passant de 670 à 1 929. En 2002-03, 2 496 visas de ce type ont été attribués, dont plus de 12 % à des Sud-Africains. L'immigration sud-africaine tend en outre à être plus permanente que celle en provenance des pays de l'OCDE. En effet, 46.5 % des médecins sud-africains nouvellement arrivés en Australie déclarent vouloir rester plus d'un an alors que ce pourcentage n'est que de 30 % pour les Britanniques, 22 % pour les Néo-Zélandais et 16 % pour les Nord-Américains. Dans le cas du Canada, les entrées de médecins formés en Afrique du Sud tendent également à s'accroître. En effet, s'ils n'étaient que 271 en 1980 à exercer au Canada, ce nombre atteignait 691 en 1990, et 1 290 en 1998 (Barer et Webber, 1999 et 2000). Actuellement, plus de 1 500 médecins formés en Afrique du Sud exercent au Canada, soit environ 9.7 % des médecins étrangers. Les médecins originaires d'Afrique du Sud représentent même 17 % du total des praticiens installés dans la province de Saskatchewan.

Aux États-Unis les médecins diplômés à l'étranger forment environ un quart de l'ensemble des médecins²⁴. En 2001, plus de 11 000 visas H-1B ont été attribués à des professionnels de la santé parmi lesquels une très faible proportion de Sud-Africains. Dans les années 90, les autorités américaines avaient mis en place un programme d'immigration temporaire permettant de recruter 6 000 à 7 000 infirmières étrangères par an (visa H-1A). A l'issue de ce programme, en 1995, environ 13 000 infirmières, principalement des Philippines, exerçaient aux États-Unis dans ce cadre. Depuis 1999, une nouvelle loi permet à nouveau aux infirmières d'obtenir un visa de travail si elles disposent d'une offre d'emploi dans une zone dite désavantagée, urbaine ou rurale (visa H-1C). Ce programme est actuellement limité à 500 permis par an. Pour autant, le ministère de la Santé estime, que compte tenu des capacités de formation et du profil démographique des personnes concernées, la pénurie d'infirmières atteindra 12 % de la force de travail à l'horizon 2010, soit environ 275 000 postes à pourvoir (HRSA, 2002).

Les Sud-Africains émigrent également de plus en plus fréquemment vers les pays du Golfe où les conditions salariales offertes sont particulièrement attrayantes. Dans ce cas, il semble que ces mouvements migratoires soient essentiellement temporaires. Selon certaines sources, environ 30 000 travailleurs hautement qualifiés sud-africains seraient expatriés dans les pays du Golfe, dont de nombreux professionnels de la santé.

En réalité, la mobilité internationale des professionnels de la santé sud-africains s'inscrit dans un cadre beaucoup plus complexe et plus large que pourrait le laisser penser la description de ces quelques relations bilatérales (voir par exemple graphique III.8). On remarquera par exemple que les médecins canadiens qui vont travailler aux États-Unis sont remplacés, notamment dans les zones rurales, par des médecins sud-africains généralement originaires des milieux urbains. Cette mobilité crée des opportunités en Afrique du Sud qui renforcent les déséquilibres régionaux que les autorités cherchent à pallier pour partie par le recrutement de médecins cubains. De même, le Royaume-Uni, qui voit partir une partie de ses professionnels de la santé outre Atlantique, recrute par exemple en Allemagne (et plus récemment en Pologne) alors même que ce pays reçoit un nombre croissant de médecins originaires des pays d'Europe centrale et orientale et plus particulièrement de République tchèque. Ces mouvements participent en réalité d'un processus de globalisation du marché du travail qualifié dont les déterminants sont à chercher tant du côté des pays d'origine que des pays d'accueil.

Graphique III.8. **Schéma des principaux axes de la mobilité internationale des professionnels de la santé entre les anciens pays du Commonwealth, les États-Unis et Cuba (par pays de naissance)**



Note : Le fait que les calculs soient établis à partir du lieu de naissance et non du lieu d'obtention du diplôme explique l'ampleur du chiffre obtenu pour les Canadiens résidant aux États-Unis (20 075). L'inverse est vrai pour les Américains résidant au Canada (433).

Sources : Voir tableau III.3 sauf pour les ressortissants britanniques et américains au Canada (données de registre pour 1998) et pour les ressortissants britanniques et australiens en Nouvelle-Zélande (données du registre des médecins).

3. Causes et conséquences de la mobilité internationale des professionnels de la santé

Les causes de l'émigration sont multiples

Les déterminants de la mobilité internationale des professionnels de la santé recourent largement ceux qui concernent les travailleurs hautement qualifiés en général et se définissent à partir d'une combinaison de facteurs d'appel (*pull factors*) et de rejet (*push factors*). Les différentes études disponibles (Mattes et Richmond, 2002 ; Van deer Vive et de Villas, 2000) mettent en valeur les raisons suivantes pour expliquer l'émigration sud-africaine :

- L'insécurité et la criminalité qui affectent aujourd'hui une population naguère mieux protégée²⁵.
- L'affirmative action – discrimination positive – qui pénalise, à compétences égales, les jeunes de race blanche dans la recherche d'emploi dans le but de compenser les déséquilibres criants qui ont résulté de la période d'apartheid.

- La détérioration des conditions de l'éducation publique, qui apparaît comme une conséquence inévitable, au moins à court terme, de la démocratisation de l'accès à l'école.
- Les incertitudes pesant sur le futur, pour les enfants notamment, dans un contexte social qui reste tendu, et que l'exemple récent du Zimbabwe voisin affecte inéluctablement.
- La perception d'une fragilité de l'économie sud-africaine, notamment liée à la volatilité et la dépréciation tendancielle du rand, la monnaie nationale.

Mais il existe également de nombreux arguments liés à l'attractivité des pays d'accueil. Ceux-ci ont trait notamment à :

- La transférabilité des qualifications sud-africaines dans les pays membres de l'OCDE, en particulier anglo-saxons, où les diplômés et l'expérience professionnelle sud-africaine sont généralement valorisés.
- L'intégration à une économie mondiale – basée sur les savoirs – où la concurrence pour les compétences s'est très fortement accrue durant la décennie 90 (voir OCDE, 2002a).
- L'activité des agences de recrutement étrangères – parfois soutenue par les gouvernements des pays d'accueil – en particulier dans les secteurs de l'éducation et de la santé.

Au-delà de ces arguments généraux, d'autres facteurs plus spécifiques aux ressources humaines médicales méritent d'être mentionnés. Il s'agit, par exemple, du différentiel de rémunération entre une position dans le pays et une situation équivalente à l'étranger. Après plusieurs années de pratique, un généraliste gagne par an 169 000 rands (environ 21 000 US\$) dans le secteur public et 294 000 dans le privé (environ 37 000 US\$). Pour un spécialiste, ce sera 286 000 rands (36 000 US\$) dans le secteur public et 381 000 (48 000 US\$) dans le privé (Erasmus et Hall, 2003). Si ces rémunérations, qui incluent les prestations sociales et autres avantages, ont connu des augmentations significatives dans le courant des années 90, elles n'en restent pas moins largement inférieures à celles offertes dans les pays de l'OCDE. Aux États-Unis, par exemple, la rémunération annuelle moyenne des médecins atteint 160 000 US\$ (130 000 US\$ pour un généraliste et 240 000 US\$ pour un chirurgien), soit 3 à 5 fois plus qu'en Afrique du Sud.

Pour les infirmières, le problème semble comparable. Une responsable de service dans le public gagne 88 000 rands par an (11 000 US\$) et 96 000 rands dans le privé (12 000 US\$). Pour une infirmière spécialisée, ce sera respectivement 83 000 et 72 000 rands (10 000 US\$ et 9 000 US\$) (Erasmus et Hall, 2003). Le salaire proposé par les agences de recrutement international peut facilement atteindre 30 000 à 35 000 US\$ pour une infirmière généraliste en Arabie Saoudite auquel il convient d'ajouter les prestations offertes (billets d'avion, logement, assurance médicale, etc.). Une infirmière récemment diplômée touchera pour sa part environ 22 000 US\$ au Royaume-Uni, et près du double aux États-Unis, mais les offres peuvent être bien supérieures suivant les qualifications recherchées.

Pour autant, lorsque les différentiels de salaire sont évalués à parité de pouvoir d'achat, notamment en tenant compte des frais de logement, les avantages peuvent être bien plus limités qu'il n'y paraît de prime abord. La presse sud-africaine se fait ainsi régulièrement l'écho d'infirmières confrontées à un coût de la vie exorbitant dans l'agglomération londonienne qui ampute leurs revenus de façon imprévue et qui les conduit finalement à retourner en Afrique du Sud.

En dépit de l'importance des incitations financières, de nombreux interlocuteurs, y compris parmi les représentants des employés (Denosa, 2001), insistent sur le fait que le salaire dans bien des cas n'est pas la principale motivation à l'expatriation. La

détérioration des conditions de travail dans le secteur public, par exemple, est un facteur très souvent mentionné. L'accroissement significatif de la charge de travail – du fait de l'élargissement de l'accès aux soins et des problèmes de distribution des ressources humaines entre privé/public et urbain/rural – encourage la recherche de meilleures conditions d'exercice. L'exposition au SIDA et aux autres maladies contagieuses endémiques (tuberculose, par exemple), l'insécurité liée à la délinquance, le manque d'équipements adéquats, et les facteurs sociaux et raciaux sont également évoqués comme autant de difficultés affectant spécifiquement l'exercice de la profession médicale.

Enfin, la mobilité internationale du personnel médical est aussi vue comme un phénomène normal, lié à l'ouverture du pays et à la mondialisation. C'est une mobilité alors vue surtout de façon temporaire : un remplacement de spécialiste dans une clinique au Royaume-Uni, la participation régulière à un service hospitalier en Europe du Nord pendant l'été, un emploi temporaire fortement rémunérateur pour une infirmière au Moyen-Orient, le suivi d'une formation de spécialisation dans un pays de l'OCDE²⁶, etc. Il s'agit de séquences épisodiques, liées à la demande internationale, souvent très bien rémunérées ou valorisantes. Il n'y a pas là d'expatriation durable ni même de projet dans ce sens mais simplement le profit tiré d'une opportunité particulière favorable.

Les effets de l'émigration sont principalement indirects

L'émigration, si l'on tient compte des analyses développées précédemment, ne peut être tenue responsable de l'ensemble des pénuries de main-d'œuvre avérées ou anticipées. On recense, par exemple, environ 7 000 infirmières expatriées dans les principaux pays d'accueil de l'OCDE alors que 32 000 postes seraient à pourvoir dans le secteur public et que 35 000 infirmières sud-africaines inscrites au registre ne sont pas employées (inactives ou au chômage) en Afrique du Sud²⁷. L'émigration n'est pas non plus la cause fondamentale des déséquilibres persistants dans l'allocation des ressources humaines. Pour autant, elle n'en constitue pas moins un facteur aggravant.

C'est le cas notamment lorsque la pénibilité des conditions de travail est imputable à une surcharge de travail liée à la faible disponibilité des ressources humaines. Dans ce cas, les incitations à chercher de meilleures opportunités dans le secteur privé ou à l'étranger sont fortes, au risque de renforcer le problème initial. Cette situation est particulièrement préoccupante dans les zones rurales reculées ou les zones les plus déshéritées. La migration internationale alimente alors en effet, directement ou indirectement, au travers des postes laissés vacants en milieu urbain, un exode rural des cerveaux qui a des répercussions visibles dans la performance du secteur de la santé et met en péril les efforts consentis par les autorités sud-africaines pour pallier les déséquilibres régionaux dans l'allocation des ressources humaines sanitaires.

C'est le cas également lorsque la migration affecte des ressources humaines rares et essentielles. On peut citer le cas par exemple du départ d'un gastro-entérologue qui a impliqué la fermeture du service dans lequel il travaillait comme unique spécialiste. L'émigration de pharmaciens ou de radiologues, particulièrement recherchés dans le secteur publics, pose également des difficultés de fonctionnement très concrètes dans certains hôpitaux.

Parce que la mobilité internationale concerne principalement les personnels les plus qualifiés, elle affecte disproportionnellement les personnes susceptibles de contribuer au système de formation. Si à courte échéance cette mobilité n'est pas nécessairement

dramatique, parce qu'elle reste limitée et qu'elle peut éventuellement être compensée par des courts séjours à partir de l'étranger, elle n'en exerce pas moins, à moyen et long terme, une pression sur les capacités de formation du pays, alors même que leur renforcement semble être nécessaire. Compte tenu des compétences mondialement reconnues des professeurs en médecine sud-africains, ce risque ne doit sûrement pas être sous-estimé.

Enfin, une partie de la perte attribuée à l'émigration de personnel qualifié s'exprime au travers des coûts de formation lorsque que ceux-ci ont été partiellement ou totalement à la charge de l'État. Dans le cas des professionnels de la santé en Afrique du Sud, compte tenu du fait que la quasi-totalité des centres de formation sont publics, la perte d'investissements publics est potentiellement importante. Le Département de la santé estime que le coût de formation d'un médecin s'élève en moyenne à 780 000 rands (97 000 US\$) alors que celui d'une infirmière est égal à 340 000 rands (42 000 US\$). Compte tenu des effectifs estimés de personnes formées en Afrique du Sud mais exerçant dans un autre pays, la perte globale peut donc être évaluée au total à environ 1 milliard de dollars, soit environ un tiers de l'aide publique au développement reçue entre 1994 et 2000 par l'Afrique du Sud (OCDE, 2002c). Toutefois, une partie significative des personnes actuellement expatriées reviendront probablement en Afrique du Sud et avec de nouvelles compétences individuelles acquises à l'étranger. En outre, les flux financiers envoyés sous forme de transferts de fonds par les émigrants compensent pour partie ces pertes financières. La perte fiscale nette liée à l'émigration des personnels de santé est donc particulièrement difficile à évaluer, même si on peut penser qu'elle doit être à la défaveur du pays d'origine lorsque celui-ci, comme c'est le cas de l'Afrique du Sud, assume la majorité des coûts de formation.

L'émigration des infirmières et des médecins sud-africains n'est pas le seul fait des efforts mis en œuvre par les pays d'accueil pour les recruter, les conditions d'exercice en Afrique du Sud constituent aussi un facteur déterminant, ce qui implique que les politiques développées par les autorités sud-africaines ont un rôle prépondérant à jouer pour en limiter l'ampleur et les effets potentiellement négatifs.

4. Politiques mises en œuvre par les autorités sud-africaines pour faire face à l'émigration des professionnels : quelques éléments d'évaluation

Les autorités sud-africaines semblent avoir pris la mesure de l'ampleur et de l'enjeu de la mobilité internationale de leurs travailleurs hautement qualifiés, notamment dans le domaine de la santé. Elles ont récemment mis en œuvre toute une série de mesures qui sont sensées faciliter l'immigration de travailleurs qualifiés étrangers et accroître la rétention du personnel sud-africain. Dans le domaine de la santé en particulier, les principales réformes concernent : i) l'introduction d'un service communautaire obligatoire, ii) la formation, iii) l'amélioration des conditions de travail, y compris salariales et iv) le renforcement de la coopération internationale avec les principaux pays d'accueil des personnels de santé sud-africains. De ce point de vue, l'exemple de l'Afrique du Sud, au travers de ses succès et de ses échecs, est une source d'enseignements instructive pour les autres pays en développement et en transition confrontés à l'émigration de leur personnel qualifié.

Une nouvelle loi sur l'immigration afin de faciliter le recrutement de travailleurs étrangers qualifiés

L'Afrique du Sud, après une période de contrôle strict des entrées et sorties du territoire sous l'*apartheid*, se montre soucieuse de garantir à ses ressortissants le droit de

circuler librement. En conséquence, il n'a jamais été question d'imposer des contraintes sur la mobilité des travailleurs qualifiés. En revanche, l'avènement du régime démocratique a stimulé une immigration massive, pour partie illégale²⁸, qui inquiète beaucoup les Sud-Africains et que les autorités ont tenté de juguler en réduisant drastiquement les possibilités pour les ressortissants étrangers de s'installer en Afrique du Sud. Cette évolution s'est produite au détriment de toutes les catégories d'entrée, y compris l'immigration de travailleurs qualifiés, dont on a pu constater (voir *supra*) qu'elle s'était très largement tarie au cours des dix dernières années. Un phénomène que les représentants du patronat n'ont eu de cesse de dénoncer.

Cette logique n'est toutefois pas propre à l'Afrique du Sud et plusieurs pays en développement, dans le contexte parfois chaotique de la construction et de l'affirmation de leur identité nationale, ont développé une approche très restrictive de l'immigration et de la nationalité. Cette conception a indirectement un effet sur la capacité de ces pays à compenser l'émigration de leurs ressources humaines par l'intermédiaire de l'accueil de ressortissants étrangers, notamment au niveau régional.

La nouvelle loi sur l'immigration²⁹, votée par le Parlement sud-africain en mai 2002 mais entrée en vigueur en mars 2003, est supposée remédier à ces problèmes : contrôler plus efficacement l'entrée des migrants non désirés et encourager la venue et l'installation des travailleurs qualifiés potentiellement utiles au développement économique du pays. Elle est l'aboutissement d'un long processus d'élaboration, puisqu'il a duré plus de cinq ans en tout, qui a soulevé de très nombreuses contestations.

La nouvelle loi sur l'immigration instaure un système de quotas négociés entre les partenaires sociaux et les ministères du Travail, du Commerce et de l'Intérieur. Si la Chambre de commerce sud-africaine (SACOB – *South African Chamber of Business*) réagit positivement en soulignant l'opportunité d'inverser ainsi les flux de compétences, le CDE (*Centre for Development and Enterprise*, un *think tank* d'entrepreneurs) est beaucoup plus circonspect, notamment en faisant valoir les difficultés qu'il peut y avoir à déterminer de manière centralisée les besoins en main-d'œuvre dans une économie moderne en évolution rapide (CDE, 2002a et b)³⁰.

A lire la liste des catégories régies par des quotas, le cadre semble à la fois, en fait, peu contraignant mais aussi peu utile. Les catégories correspondent à des définitions larges et avec des chiffres élevés et dans un dispositif en cascade³¹. De fait, un vrai système de quotas n'est probablement pas très réaliste dans le contexte sud-africain dans la mesure où il requiert une capacité de gestion administrative considérable et la mise en place de mécanismes de suivi et de négociation continus. Cette nouvelle loi fait toutefois la preuve que les autorités sud-africaines ont pris conscience de la nécessité de créer des conditions leur permettant de faire valoir leurs atouts dans un marché du travail qualifié de plus en plus mondialisé.

La nouvelle loi sur l'immigration permettra-t-elle de résorber le déficit migratoire ? Pour ce faire, elle devrait inverser la tendance des douze dernières années qui a vu sur chacune des périodes quadriennales une diminution de 40 à 60 % des entrées. Pour rétablir un solde migratoire positif sur les quatre prochaines années, en supposant une stabilisation de l'émigration, c'est au moins 33 000 professionnels qui devront immigrer, soit une augmentation de près de 1 800 % par rapport à la période précédente³². Les quotas indiqués dans la loi l'autorisent et l'envisagent, mais les candidats à l'immigration seront-ils au rendez-vous ? Un suivi attentif permettra rapidement de le dire même s'il y a fort à

penser que la modification des conditions d'entrée sera insuffisante pour modifier drastiquement l'attractivité du marché du travail sud-africain, soulignant ainsi l'importance des autres mesures mises en œuvre ou programmées.

Réformer la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé pour pallier l'émigration des professionnels sud-africains

Le ministère de la Santé sud-africain attache une importance croissante à la gestion des ressources humaines et à la question migratoire. Plusieurs des réformes mises en œuvre récemment s'inscrivent directement dans ce cadre. Elles ont trait par exemple à l'instauration d'un service communautaire obligatoire et à la réévaluation des conditions de pratique et de traitement des professionnels dans le secteur public. Elles concernent également les actions bilatérales et multilatérales de coopération.

Le service communautaire : un « mal » pour un bien

Institué en 1999, le service communautaire implique pour les jeunes médecins diplômés d'être affectés, à l'issue de leur formation, pendant un an dans un secteur géographique défavorisé, généralement en zone rurale. Cette pratique constitue l'une des mesures clés mises en œuvre par le gouvernement pour pallier les déséquilibres en terme d'allocation des ressources humaines. Cette contrainte se justifie comme une contrepartie à la subvention publique pour la formation du personnel de santé. Compte tenu du fait que le service communautaire est indispensable pour pouvoir être enregistré à l'ordre des médecins, il permet de retenir la plupart de ceux qui souhaiteraient s'expatrier pendant au moins un an. On constate en effet qu'une très petite minorité seulement a jusqu'à présent fait défaut, environ 8 % des classes sortantes, en choisissant de repousser leur année de service communautaire, en émigrant ou en refusant d'entrer au registre des médecins (Reid, 2002).

Après plusieurs années de mise en application, il semble que le programme soit peu controversé. D'aucuns arguent certes que l'inexpérience des jeunes médecins affecte leur efficacité et donc la portée de la mesure, mais d'autres soulignent au contraire leur capacité d'adaptation et le caractère formateur des conditions sociales dans lesquelles ils sont amenés à exercer et finalement leur ancrage dans la société sud-africaine. Déjà opérationnel pour la plupart des praticiens (médecins, dentistes, pharmaciens, radiologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, etc.), ce programme pourrait être progressivement étendu à d'autres catégories de personnel médical et notamment aux infirmières spécialisées en 2007. On a également parlé de prolonger la durée du service communautaire à deux ans mais cet aménagement risquerait sans doute de provoquer une levée de boucliers de la part des professionnels de santé, et d'augmenter sensiblement le taux de défection, produisant ainsi l'inverse de l'effet escompté.

Quelle est la portée réelle de cette mesure ? Sur un plan quantitatif, les effectifs ainsi mobilisés (environ 1 200 internes lors de la première année de mise en application de la mesure en 1999) restent sensiblement inférieurs au nombre de postes vacants dans le secteur public (voir *supra*). Toutefois, ils sont pour partie suffisants pour répondre aux besoins les plus urgents dans les zones les plus défavorisées. Comparés aux statistiques d'émigration des personnels de santé, ces chiffres ne sont pas négligeables. Toutefois, le programme a des limites dans la mesure où la mobilisation est temporaire et le stock mobilisable n'est pas inépuisable. La migration *a contrario* est durable et s'accélère. Le

programme est donc justifié à court et moyen terme mais pas nécessairement suffisant à long terme. Paradoxalement sa portée ne pourra s'accroître que si un effort supplémentaire est consenti en matière de formation des personnels de santé.

Formation des personnels de santé et transformation des curriculums

Dans une situation budgétaire contrainte, et compte tenu des priorités définies par le gouvernement sud-africain, la marge de manœuvres est faible pour augmenter les crédits alloués à la formation supérieure des personnels de santé³³. Des arbitrages ont certes été faits, par exemple en faveur de la formation des infirmières et des médecins généralistes, mais le rééquilibrage souhaité des effectifs vers les prestataires de soins de santé primaires risque de s'échelonner sur une période extrêmement longue si des actions plus radicales ne sont pas entreprises ou des moyens supplémentaires dégagés. C'est d'autant plus vrai si l'on en croit les analyses prospectives qui font état d'un accroissement tendanciel des besoins non satisfaits en ressources humaines sur les dix prochaines années (Erasmus et Hall, 2003).

C'est dans ce cadre que les autorités sud-africaines et les responsables des systèmes de formation du personnel médical (au niveau du conseil de l'ordre des infirmières et du conseil de l'ordre des médecins) s'interrogent sur la possibilité de reformuler les contenus des enseignements et d'aménager la durée des cursus. L'objectif est tout à la fois de former plus rapidement les prestataires de soins de base et d'accroître l'adéquation de la formation aux besoins de la population et aux réalités de la pratique médicale en Afrique du Sud. Indirectement, d'aucuns escomptent également limiter la transférabilité des compétences acquises par le personnel de santé et donc sa capacité à exporter ses compétences. En recentrant la formation des médecins généralistes sur les pathologies spécifiques à l'Afrique du Sud (par exemple paludisme, maladies infantiles, maladies sexuellement transmissibles, etc.), au détriment, notamment, des problèmes de santé nécessitant des traitements hospitaliers lourds, on peut en effet penser que les médecins sud-africains intéresseront relativement moins les pays de l'OCDE qui sont davantage confrontés à des pathologies fonctionnelles ou organiques.

Cette stratégie rencontre toutefois des oppositions fortes au sein du corps médical, pour qui la médecine est une science universelle (Cohen, 2001) et qui ne veulent pas envisager de renoncer à des pratiques médicales de qualité, certes coûteuses, mais dont les patients ont également besoin. En d'autres termes, ils affirment que la médecine sud-africaine doit continuer à évoluer sur les créneaux – fussent-ils peu représentatifs des besoins de la majorité – dans lesquels elle a fait ses preuves.

Sans remettre en cause le système actuel, on envisage par exemple de rationaliser la formation des infirmières dans un temps plus court, en trois ans au lieu de quatre. Les étudiants devraient choisir une spécialité au lieu de quatre actuellement. Ces dispositions sont susceptibles de préserver le système de santé national d'une exposition trop forte à la demande internationale, sans pour autant procéder à un protectionnisme rigide et sans remettre en cause le professionnalisme des personnels de santé. En ce qui concerne les médecins, la proposition formulée par Price (2001), consistant à réorganiser les curriculums autour de deux blocs de formation, correspondant respectivement i) aux formations de base définies selon les standards internationaux et ii) aux pratiques médicales spécifiques aux conditions d'exercice caractéristiques de chaque pays, est une option intéressante.

Cette réflexion sur les curriculums ne doit toutefois pas se réduire à une question de formation, mais doit s'insérer dans une redéfinition plus large de l'organisation des tâches dans le secteur sanitaire et de la complémentarité des différents niveaux de compétence (*skills mix*). Ce débat est très avancé dans certains pays membres de l'OCDE, mais il est cependant encore plus impérieux dans le contexte sud-africain.

Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de la santé : un effort nécessaire d'une portée nécessairement limitée

Les autorités en charge de la fonction publique ont récemment indiqué leur volonté de revaloriser les conditions de travail et de rémunération dans le secteur public et de rendre attractif l'emploi en zone rurale, par le biais d'incitations non monétaires (logement, avantages sociaux, sécurité, etc.). De leur point de vue, même sans prétendre rivaliser avec les pays du Nord, des hausses de salaire permettraient d'améliorer sensiblement la situation.

Les rémunérations moyennes, en tenant compte des diverses prestations, se sont accrues en 2000 dans le secteur public de près de 5 % pour les médecins généralistes et de plus de 12 % pour les spécialistes. Elles ont également augmenté de 14 % pour les infirmières spécialisées (Erasmus et Hall, 2003). En outre, en janvier 2003, le Trésor a accepté, à la demande du ministère de la Santé, de revaloriser les indemnités versées aux praticiens installés dans les zones rurales prioritaires (précédemment fixées à 20 000 rands, soit 2 500 US\$) et on envisage d'étendre cette disposition aux autres groupes de professionnels de santé. Parallèlement, un travail d'identification des principaux problèmes liés aux conditions d'exercice des professions de santé est en cours. Une somme de 61 millions de rands (environ 7.5 millions de US\$) pourrait être allouée à l'effort de sécurisation des infrastructures médicales. Les efforts ne manquent donc pas pour rendre relativement moins attrayant l'appel de l'extérieur mais il convient de reconnaître que la marge de manœuvre (financière) dont disposent les autorités sud-africaines est très étroite à court terme.

Renforcer la coopération internationale en matière de mobilité internationale des prestataires de santé

Depuis le 1^{er} octobre 2001, en dépit des pénuries de personnel médical, l'Afrique du Sud s'est engagée à ne recruter aucun médecin ou infirmière, en dehors d'accords spécifiques avec le pays d'origine, afin de ne pas priver les autres pays de ressources humaines rares³⁴. Cette prise de position louable est toutefois exposée à la critique des ressortissants africains qui y voient une discrimination à leur encontre, soulignant par là même la sensibilité de telles mesures et les conflits d'intérêt sous-jacents entre les individus et les sociétés.

Parallèlement, l'Afrique du Sud a signé des conventions avec plusieurs pays (notamment avec Cuba, l'Allemagne, etc.) pour que des médecins puissent, avec l'accord de leurs instances nationales, venir exercer en Afrique du Sud pendant un nombre d'années déterminé. Le plus connu de ces programmes concerne les médecins cubains. Il a débuté en février 1996 et le nombre actuel de ces praticiens exerçant dans le pays s'élève à 450^{35, 36}. Sur la période considérée, cet apport ne compense en réalité qu'environ un cinquième de l'expatriation des médecins sud-africains³⁷. Les médecins cubains sont affectés aux secteurs les plus démunis (zones rurales reculées et *townships*) où leur contribution est cependant appréciable. Les différents protagonistes du système de santé

se félicitent de cet accord mais la presse évoque occasionnellement des difficultés linguistiques ou des problèmes de défection de quelques ressortissants cubains qui cherchent à s'installer définitivement en Afrique du Sud³⁸.

L'Afrique du Sud cherche également à négocier des accords bilatéraux ou multilatéraux avec les principaux pays d'accueil de ses ressortissants spécialisés dans le secteur médical, à savoir les pays du Commonwealth membres de l'OCDE, afin que ces derniers s'engagent à ne pas recruter activement ces professionnels. La NHS a édicté en 2001 un code d'éthique du recrutement international qui stipule que les autorités britanniques s'engagent à ne pas organiser de campagne de recrutement pour le personnel médical en Afrique du Sud³⁹ mais également dans 153 autres pays (voir annexe 2 et *infra*). A l'inverse, les démarches engagées par les autorités sud-africaines vis-à-vis du Canada ont jusqu'à ce jour échoué⁴⁰. Plus récemment, il semble que des progrès importants aient été réalisés dans le cadre du Commonwealth pour définir une base minimale de critères définissant des pratiques éthiques de recrutement dans le secteur de la santé. Les autorités sud-africaines attachent une importance cruciale à cette dimension de la coopération internationale même si elle a jusqu'à présent montré ses limites (voir *infra*).

5. Les leçons de l'expérience sud-africaine en ce qui concerne la mobilité internationale des personnels de santé : pour un renforcement de la coopération internationale et de la cohérence des politiques

Les analyses précédentes ont montré que si l'émigration des personnels de santé ne constitue pas aujourd'hui en Afrique du Sud la cause principale des difficultés dont souffre le système de santé, elle n'en reste pas moins un facteur aggravant, susceptible de grever l'efficacité des efforts entrepris par les autorités gouvernementales pour redresser les déséquilibres hérités du système de l'*apartheid* et faire face aux principaux défis en matière de santé publique liés notamment à la paupérisation et à la pandémie du VIH/SIDA. Ce constat peut certainement être généralisé à d'autres pays en développement, comme l'Inde et l'Argentine, mais il existe également des cas où la mobilité internationale des personnels de santé a des implications beaucoup plus directes et impérieuses. C'est le cas, par exemple, en Jamaïque où près des deux tiers des infirmières formées au cours des 20 dernières années ont émigré, principalement aux États-Unis, alors que très peu d'entre elles sont, semble-t-il, revenues (Thomas-Hope, 2002). A l'inverse, dans d'autres pays, lorsque le système éducatif forme un nombre plus que suffisant de médecins ou d'infirmières, notamment par le biais d'un secteur privé orienté vers les besoins du marché mondial, la mobilité internationale des personnels de santé peut être considérée comme un facteur favorable au développement économique si elle se traduit par des transferts de compétences ou des transferts financiers au bénéfice du pays d'origine. Le cas des infirmières originaires des Philippines est généralement considéré de ce point de vue. Pour autant, même dans ce pays, l'émigration des autres catégories de personnel médical n'est pas sans poser des difficultés, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes et les spécialistes⁴¹.

Même si toutes les situations ne sont pas comparables, le cas de l'Afrique du Sud, de par l'ampleur du problème, la diversité des solutions étudiées et la position particulière du pays, tant du point de vue géopolitique, qu'économique, est riche d'enseignements.

Pour une approche holistique et concertée de la question de la mobilité internationale des personnels de santé

Pour simplifier, on peut distinguer deux types d'effets de la mobilité internationale du personnel médical. Le premier tient au fait que la puissance publique joue traditionnellement un rôle important dans le secteur de la santé où, compte tenu de son importance sociale, elle agit tant sur l'offre⁴² que sur la demande de main-d'œuvre. L'émigration de personnel médical affecte en effet la capacité de l'État à gérer efficacement les ressources humaines médicales, c'est-à-dire sa capacité à prévoir le nombre de personnes qu'il serait nécessaire de former dans chacune des spécialités pour assurer un niveau de fonctionnement adéquat du système de santé. Indirectement, ce problème a des répercussions i) soit sur la disponibilité du personnel de santé (si un nombre insuffisant de personnes est formé), ii) soit sur le coût effectif de sa formation (si plus de personnes que nécessaire sont formées pour compenser les départs à l'étranger)⁴³. Par ailleurs, la mobilité internationale des médecins et des infirmières permet de répondre aux besoins des pays qui en bénéficient, favorise les transferts de technologies et génère éventuellement des ressources supplémentaires pour les pays d'origine.

De ce double point de vue, les efforts à mettre en œuvre pour garantir un partage équitable des bénéfices associés à la mobilité internationale des personnels de santé concernent donc autant les pays d'origine que les pays d'accueil. A partir de l'expérience sud-africaine, on retiendra les trois axes suivants.

Traiter les causes pas les symptômes

Rares sont les gouvernements qui exercent encore un contrôle direct sur la mobilité de leurs ressortissants. Dès lors, lorsqu'ils ne sont pas en mesure d'offrir des conditions de travail compétitives sur le marché international à leurs travailleurs qualifiés, certains pays se sentent démunis pour faire face à l'émigration de leurs ressources humaines. Ce sentiment est sans doute plus fort encore lorsqu'il s'agit des personnels de santé dont la contribution au bien-être social est essentielle. Bien entendu, cette mobilité est pour partie déterminée par des arguments financiers mais l'exemple sud-africain a également montré que ce ne sont ni les seuls déterminants, ni même les plus importants. Les études sud-africaines et les multiples témoignages à travers les médias font ressortir des facteurs tels que le respect des biens et des personnes, les perspectives quant à l'avenir des enfants et les conditions de travail. En outre, dans le cas particulier des personnels de santé, la question de la motivation est souvent centrale. Autant de domaines dans lesquels la marge de manœuvre des autorités publiques des pays d'origine est sans doute bien plus importante qu'il n'y paraît.

L'expérience montre par exemple que la formation professionnelle, la redéfinition des l'organisation des tâches et des carrières ainsi que l'accroissement des capacités managériales sont des moyens efficaces pour améliorer la qualité des services et la motivation du personnel médical (Martineau et Martinez, 1997 ; Hicks et Adams, 2001). De même, les praticiens sont très sensibles aux conditions matérielles dans lesquelles ils sont amenés à travailler (sécurité, matériel médical, personnel de soutien, etc.). Lorsque ces dernières sont trop précaires ou inadaptées, le sentiment d'inutilité et la démotivation peuvent l'emporter. Plus généralement encore, il est important de revaloriser les métiers de la santé auprès de la population et au sein de la fonction publique. Dans de nombreux pays africains, l'exposition au VIH/SIDA fait peser sur les personnels de santé une pression considérable, au regard de laquelle la prise en compte de leurs difficultés concrètes est

indispensable (formation, mise à disposition de traitements de trithérapie pour les médecins et infirmières exposés dans leur pratique professionnelle).

Un autre aspect important de la motivation du personnel médical a trait à la qualité de la médecine pratiquée et de l'encadrement. De ce point de vue, la présence de personnalités internationalement reconnues et de personnel hautement qualifié constitue un atout important pour fixer et développer les ressources humaines dans le pays d'origine. Il est donc nécessaire de maintenir des activités de recherche valorisées aux standards internationaux. La création de centres d'excellence à un niveau supra-régional (pour la *South African Development Community* – SADC ou dans le cadre du *New Partnership for Africa's Development* – NEPAD), éventuellement pour partie financés par la demande privée, doit permettre de développer une recherche médicale compétitive et adaptée aux conditions sanitaires régionales. Ce type d'infrastructure est également important pour favoriser les échanges avec les membres de la diaspora qualifiée ainsi que les transferts de technologies (Brown, 2003).

Les possibilités d'améliorer la rétention du personnel médical au travers d'incitations non monétaires sont toutefois limitées. Dans bien des cas, il sera donc indispensable d'accroître le nombre de personnes formées pour pallier les départs dus à l'émigration du personnel médical. Dans cette perspective, une plus grande ouverture aux services privés d'éducation, sous contrôle des autorités publiques (notamment des Conseils de l'ordre), pourrait permettre d'accroître le nombre de diplômés sans que l'État ait à en supporter tout le coût. Le secteur privé contribuerait alors à répondre à la demande internationale alors que le secteur public subventionné garantirait un accès plus large (universel) aux formations supérieures. Dans le cas des informaticiens indiens et des infirmières originaires des Philippines, qui alimentent de manière continue le marché mondial, les centres de formation privés jouent un rôle déterminant. Une telle approche est toutefois insuffisante pour assurer des formations médicales de haut niveau en raison de l'importance des coûts de formation, qui rendent peu probable le développement de centres privés non subventionnés.

Enfin, il est également important d'identifier et de corriger les politiques qui sont à même de décourager les retours du personnel médical expatrié. En particulier, il est important de garantir des conditions de réinsertion dans les services publics qui tiennent compte de l'ancienneté des émigrants et des compétences acquises à l'étranger. Il convient également de faciliter les transferts financiers et d'assister les personnes qui font le choix du retour dans les démarches administratives à entreprendre pour se réinstaller dans leur pays d'origine (enregistrements professionnels, inscriptions scolaires pour les enfants, etc.).

Renouveler le débat sur la compensation, renforcer la coopération !

Dans les années 70, les débats sur la mobilité internationale du personnel qualifié se sont focalisés sur la question de la compensation. Bhagwati a proposé de prélever une taxe sur les émigrants hautement qualifiés, collectée par le pays d'accueil pour une période de 10 ans et versée à un fond des Nations Unies pour promouvoir le développement des pays de départ (Bhagwati et Hamada, 1974). Selon les estimations de l'époque, la somme ainsi prélevée aurait pu atteindre 750 millions de US\$ 1972. Si cette proposition a reçu une attention soutenue de la part du monde académique, sa mise en œuvre n'a jamais été considérée très sérieusement. Les difficultés pour évaluer le montant des prélèvements, les incertitudes quant à l'utilisation des fonds et surtout l'hostilité des pays d'accueil et des migrants eux-mêmes ont eu raison des efforts mis en œuvre pour faire avancer ce projet.

Pour autant, les pays d'origine n'ont cessé depuis lors de solliciter une compensation pour la perte des ressources humaines formées à partir des budgets publics des pays en développement. Aujourd'hui, cette proposition a en fait peu de chance d'aboutir et la plupart des observateurs s'entendent pour dire qu'il faut envisager d'autres voies.

En réalité, les pays développés peuvent contribuer à soutenir les efforts des pays d'origine pour développer leurs ressources humaines autrement qu'en fournissant une compensation monétaire directe. Les politiques d'aide au développement permettent en effet de tels transferts, au travers de missions d'expertises, d'actions de formation spécifiques, de la mise à disposition de ressources humaines expatriées ou de soutien à des projets de développement. Leur efficacité est parfois mise en cause (Naudet, 1999) et de « nouvelles » formes de coopération, qui s'appuient notamment sur les acteurs non gouvernementaux et privés, peuvent être encouragées dans ce domaine (voir par exemple le cas du NEPAD).

Il peut s'agir par exemple d'offrir la possibilité aux personnels des services de santé des pays d'accueil de prendre des périodes sabbatiques pour participer à des actions de développement dans les pays du sud, de soutenir les projets de jumelage entre les services hospitaliers du nord et du sud, d'offrir des bourses aux étudiants étrangers pour qu'ils puissent poursuivre leurs études dans leur pays d'origine, de créer des incitations financières pour que les membres de la diaspora qualifiée puissent développer des projets en relation avec leur domaine de compétences. De nombreux projets de ce type existent déjà, mais le plus souvent de façon atomisée et leur viabilité ne dépasse pas des horizons de court terme.

Dans ce cadre, les pays d'accueil pourraient prendre des engagements plus formels pour améliorer la cohérence qualitative et quantitative entre les politiques d'aide au développement et les politiques migratoires. Si cette perspective concerne la plupart des activités qualifiées, elle est d'autant plus importante dans le domaine de la santé, qui constitue bien souvent une priorité tant pour l'aide publique au développement que pour le recrutement international de main-d'œuvre qualifiée.

Vers la définition d'un code d'éthique des pratiques de recrutement international des personnels de santé

Une tentative intéressante pour réguler la mobilité internationale des personnels de santé, sans pour autant chercher à la contraindre, est à mettre au crédit des autorités britanniques qui ont édicté, dès 1999⁴⁴, un code des bonnes pratiques en matière de recrutements internationaux pour les employeurs du *National Health Service* – NHS (*Guidance on International Recruitment*, DoH, 1999). Cette publication ainsi que sa version révisée (*Code of Practice for NHS Employers involved in international recruitment of healthcare professionals*, DoH, 2001⁴⁵), stipulent les conditions dans lesquelles doivent s'effectuer le recrutement, l'accueil et l'emploi des professionnels de la santé en provenance des pays membres de l'Union européenne et des pays tiers. Le code précise également la nature des compétences linguistiques requises ainsi que le rôle des agences privées de recrutement⁴⁶. Il définit en outre une liste de pays (voir annexe 2) à partir desquels le Département de la santé s'engage à ne pas organiser des campagnes de recrutement. Le code stipule que les employeurs de la NHS ne doivent pas viser les pays en développement, à moins que le gouvernement du pays en question ait donné son accord officiel au Département de la santé au travers d'un « *Memorandum of understanding* », lequel encourage les échanges de personnel médical et d'expertise entre les deux pays. En outre, le code

fait valoir que la coopération internationale pour le développement devrait s'engager à fournir une assistance et de la formation dans le domaine de la santé dans les pays d'origine.

Depuis lors, plusieurs autres organismes envisagent de développer leur propre « code de bonne conduite »⁴⁷. Récemment, le Commonwealth a élaboré un tel document d'une portée plus large (*Code of Practice for International Recruitment of Health Workers*). Une première version de ce document a été discutée au cours du Conseil des ministres de la Santé du Commonwealth en novembre 2001 et en mai 2002, sans qu'un accord ait pu être trouvé entre les pays membres. Les principes du Code ont toutefois été largement acceptés dans le cadre de la réunion des ministres de la Santé en mai 2003⁴⁸. Ce document est dans ses grandes lignes comparable à celui développé par le Royaume-Uni mais stipule, en outre, que les États membres du Commonwealth s'engagent à encourager l'adoption du dit code par des pays non membres et à promouvoir sa diffusion par le biais des organisations internationales (BIT, OMS, ICN).

Si la justification de cette démarche du point de vue de la justice distributive ne fait pas débat, son impact reste toutefois à démontrer. Buchan (2002) observe que si la décision de ne plus recruter activement des infirmières sud-africaines au Royaume-Uni semble avoir eu un effet sur le nombre de personnes recrutées en 2000, celui-ci a recommencé à croître dès 2001 pour atteindre un niveau supérieur de 45 % à celui de 1999 et plus de deux fois et demi supérieur à celui enregistré en 1998-99 (voir tableau III.4 *supra*). Les infirmières sud-africaines représentaient toutefois 24.4 % de l'ensemble des entrées d'infirmières étrangères en 1999 mais seulement 15.4 % en 2001. Concrètement, il est sans doute trop tôt pour évaluer avec précision l'impact d'une telle mesure, mais plusieurs facteurs peuvent laisser à penser qu'il sera de toute façon limité.

En premier lieu, aucun des codes précédemment mentionnés n'a un véritable caractère contraignant. Il s'agit en réalité de *soft law* dont la portée se rapproche de celle d'une déclaration d'intention solennelle. Autrement dit, les codes ne prévoient aucune sanction contre les employeurs qui y contreviendraient, ni même aucune forme d'incitation à les respecter.

Deuxièmement, les accords n'excluent pas le recrutement des personnes originaires des pays identifiés comme souffrant d'une pénurie de personnel médical, mais rejettent simplement la possibilité d'organiser des campagnes de recrutement. Or, aujourd'hui une très grande partie de l'information sur les offres d'emploi est accessible au travers d'Internet, qui est consultable sur une base individuelle. En d'autres termes, une agence de recrutement peut toujours cibler les candidats à l'émigration d'un pays particulier au travers du Web sans pour autant que cela soit assimilé à une campagne de recrutement ciblée.

En troisième lieu, dans la mesure où l'engagement ne concerne pour l'instant qu'un nombre réduit de pays d'accueil, sa portée globale reste nécessairement limitée. En effet, pendant que le Royaume-Uni cherchait à limiter les recrutements d'infirmières sud-africaines, on a pu constater que ces dernières étaient de plus en plus nombreuses à émigrer vers la Nouvelle-Zélande, l'Australie ou les États-Unis. Dans un marché mondialisé où la plupart des pays souffrent de besoins comparables, ce type de mesures doit être global, sous peine de ne pas être efficace.

Enfin, on peut craindre qu'un tel mode de régulation soit éventuellement victime de son succès. En effet, si le nombre de pays à partir desquels il est possible d'organiser des

campagnes de recrutement reste très limité, comme ce sera probablement le cas si les pays développés ne soutiennent pas plus activement le développement des ressources humaines dans les pays du sud, on peut craindre que les recrutements se concentrent sur un nombre réduit de pays et que les excédents viennent très rapidement à disparaître, asséchant par là même les réservoirs dans lesquels il est aujourd'hui possible de puiser.

Pour améliorer ces pratiques on pourrait toutefois envisager les arrangements suivants :

- Concrétiser rapidement les engagements pour renforcer l'aide au développement allouée aux ressources humaines dans le domaine de la santé (voir *supra*).
- Promouvoir la conclusion de tels accords à un niveau international, en incluant l'ensemble des pays de l'OCDE mais également d'autres pays qui ont recours à l'immigration de personnel médical, tels que les pays du Golfe ou certains pays nouvellement industrialisés.

Malgré toutes les limites évoquées ci-dessus, il est important de souligner que les premiers pas vers la définition d'un code d'éthique des pratiques de recrutement international des personnels de santé constituent une démarche décisive pour une meilleure régulation du marché international des ressources humaines dans le domaine médical. Cette démarche s'impose compte tenu des imperfections dont souffre le marché en question et du caractère « bien public global » de la santé (Chen, Evans et Cash, 1999).

Conclusion

L'Afrique du Sud n'est pas un cas à part. Dans la sous-région (SADC), voire même sur tout le continent africain, le problème de la mobilité internationale des professionnels de santé est de plus en plus crucial. L'exemple sud-africain a montré que si l'émigration des personnels de santé n'est pas toujours la cause principale des problèmes auxquels doivent faire face les systèmes de santé des pays en développement, elle n'en constitue pas moins un facteur aggravant. Cette mobilité n'est qu'en partie conditionnée par des déterminants financiers, d'autres éléments interviennent (conditions de travail et de vie en général, valorisation des métiers, etc.) et sont parfois plus importants. En conséquence, les politiques publiques dans les pays en développement ont un rôle significatif à jouer pour améliorer la gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé.

Compte tenu de la nature globale des pénuries de ressources humaines médicales et de la croissance de la demande de soins prévisible dans les pays de l'OCDE, on doit s'attendre à ce que la mobilité internationale des personnels de santé s'accroisse et entraîne des flux d'émigration qui risquent de réduire considérablement les ressources humaines sanitaires dans les pays en développement.

L'étude détaillée du cas sud-africain et les références à plusieurs autres pays montrent l'importance qu'il peut y avoir à renforcer, tant au niveau national dans les pays d'origine, qu'au niveau international, la cohérence entre les politiques migratoires et les politiques d'aide au développement pour permettre un partage équitable et durable des bénéfices associés à la mobilité internationale des professionnels de santé. Il y a lieu également de réfléchir à un renforcement de l'aide publique au développement dans le secteur de la santé, notamment la formation des ressources humaines sanitaires.

Par ailleurs, à moyen terme, la meilleure façon de limiter les effets potentiellement négatifs de la mobilité internationale du personnel médical consiste à accroître l'effort de

formation dans les pays développés où les pénuries se font sentir et à revaloriser ces métiers de façon à être en mesure d'y attirer un nombre suffisant de personnes pour faire face aux conséquences du vieillissement des populations.

Notes

1. Ce chapitre a été rédigé par J.C. Dumont (OCDE) et J.B. Meyer (IRD), Institut de recherche pour le Développement, Paris.
2. Le terme de « *brain drain* » a été utilisé pour la première fois dans une étude de la *British Royal Society for Science and Technology* qui s'inquiétait des effets induits par l'émigration massive de scientifiques et de médecins britanniques vers les États-Unis.
3. L'Afrique du Sud est un pays de peuplement dans lequel l'immigration a joué un rôle important. C'est un pays membre de l'ancien Commonwealth, qui conserve donc des liens privilégiés avec plusieurs pays de l'OCDE.
4. L'Afrique du Sud joue un rôle économique prépondérant dans la sous-région et sur le continent africain dans son ensemble, ce qui a pour effet d'attirer une immigration importante. A l'inverse, la période de l'*apartheid* a eu pour effet de renforcer la diaspora sud-africaine généralement très qualifiée (Mattes et al., 2000).
5. Sous l'*apartheid*, les autorités sud-africaines ont clairement affiché une préférence pour les immigrants originaires d'Allemagne et des Pays-Bas. Les immigrants protestants étaient également préférés aux catholiques (voir Peberdy, 1999).
6. La Division de la Population des Nations Unies estime en effet qu'il y a dans le monde en 2000 près de 175 millions de migrants qui représentent environ 2.9 % de la population mondiale. Il n'existe pas d'estimation globale pour les qualifiés, mais un taux d'émigration au moins deux fois supérieur est très probable.
7. 23 pays dans le monde obtiennent des résultats inférieurs. Ce sont tous des pays africains, à l'exception de l'Afghanistan.
8. En 2000, le PNB par habitant de l'Afrique du Sud s'élève à 9 160 \$PPP, soit plus que la Turquie (7 030) ou que le Mexique (8 790). La moyenne pour l'Afrique sub-saharienne ne dépasse pas, quant à elle, 1 600 \$PPP par habitant.
9. Les dépenses totales de santé représentent environ 8.8 % du PIB, soit un chiffre comparable à ce qui est constaté en Norvège ou en Belgique et largement supérieur aux moyennes africaine (3.2 %) et mondiale (5.2 %).
10. Selon une estimation de l'OMS (2000), l'Afrique du Sud se situe au 182^e rang sur 192 pays en terme de performance de son système de santé (la capacité à convertir les dépenses de santé en espérance de vie corrigée de l'incapacité).
11. Selon un rapport récent du HSRC, le taux de prévalence global serait de 11.4 % mais 15.6 % des personnes âgées entre 15 et 49 ans seraient séropositives (Shisana et Simbayi, 2002).
12. Un autre indicateur rend compte de l'égalité en matière de survie des enfants. Il situe l'Afrique du Sud au 128^e rang mondial.
13. Les médecins sont classés en deux catégories (généralistes et spécialistes) alors que les infirmières sont réparties en trois groupes selon la classification en vigueur en Afrique du Sud : *professional nurses*, *enrolled nurses* et *assistant nurses* – respectivement traduits *infirmières spécialisées*, *infirmières généralistes* et *aides-soignants*.
14. Sur la période 1990-99, l'OMS estime que les ratios sont de 5.6 médecins pour 10 000 habitants en Afrique du Sud, mais 4.8 en Inde, 3 en Namibie, 2.4 en Thaïlande, 1.8 au Nigeria et 1.4 au Zimbabwe.
15. Ces résultats ne tiennent pas nécessairement compte, en outre, des pertes imputables à l'émigration ou au changement de statut professionnel (inactivité, changement d'emploi) dans la mesure où ces événements ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique dans les registres des conseils de l'ordre.
16. Seulement 16 % des Sud-Africains possèdent une couverture des soins de santé qui leur donne accès au secteur privé.

17. Il semble que pour les infirmières, l'exode du public vers le privé ne soit pas si rapide et prononcé que le mentionnent les médias. Au cours des 15 dernières années, on constate en effet une augmentation de seulement 5 points de pourcentage à la faveur du secteur privé. Le constat est toutefois fort différent pour les généralistes pour lesquels la part de ceux opérant dans le secteur public décroît à un rythme annuel de 6.4 %, de 1997 à 2001.
18. Les jeunes pharmaciens semblent toutefois avoir une moindre propension à l'expatriation puisque seulement 21 % d'entre eux envisagent de travailler à l'étranger.
19. Dans le cas de l'Australie, par exemple, 75 % des infirmières nées en Afrique du Sud (70 % des praticiens) ont acquis la nationalité australienne.
20. Le Royaume-Uni a conclu des accords avec ces pays afin de pouvoir recruter activement des infirmières. En novembre 2000, le ministre de la Santé britannique a également signé avec son homologue espagnol un accord autorisant la NHS à recruter jusqu'à 5 000 infirmières espagnoles. Environ 375 d'entre elles ont été recrutées dans ce cadre en 2001-02 (Nursing and Midwifery Council, 2002).
21. Compte tenu des capacités de formation au Royaume-Uni, qui sont actuellement de l'ordre de 15 000 infirmières par an et de l'émigration vers les autres pays de l'OCDE (estimée à 6 250 en 2002), on estime que la totalité des nouveaux postes à pourvoir devra l'être à partir de recrutements internationaux.
22. L'Australie a mis en place un programme spécial pour les immigrants qui s'installent dans les zones rurales (*Regional Sponsored Migration Scheme*). Au Canada, la dimension régionale de l'immigration est pour l'instant gérée au travers des programmes provinciaux d'immigration, généralement orientés vers les besoins locaux du marché du travail. La Saskatchewan a par exemple un programme spécial pour les professionnels de la santé et la Colombie Britannique pour les infirmières.
23. On estime qu'en 1997-98 environ 550 médecins australiens ont émigré, principalement au Royaume-Uni (38 %) et en Amérique du Nord (20.5 %) (AMWAC, 1999). L'émigration du personnel de santé canadien vers les États-Unis fait également débat depuis plusieurs années. La fin des années 70 (1978 : 663 sorties) et le milieu des années 90 (1994 : 777 sorties) ont été marquées par une migration nette négative de médecins canadiens, composé à environ 50 % de spécialistes. En 1999, le solde migratoire, bien que toujours négatif, était toutefois beaucoup plus limité (-500 en 1996, -200 en 1999) (Barer et Webber, 1999).
24. Près de 20 % des médecins formés à l'étranger et exerçant aux États-Unis sont des citoyens américains, un tiers d'entre eux sont des résidents permanents (*green card holder*), 7 % environ ont des visas de type H1-B et près de 30 % des visas de visiteur J1 non renouvelables (Biviano et Makarehchi, 2002).
25. Dans une enquête menée par Mattes et Richmond (2002), plus de 80 % des personnes qualifiées de race blanche interrogées anticipent une forte détérioration de la sécurité dans les cinq prochaines années (54 % des personnes de race noire). En outre, 86 % de ces personnes considèrent que les problèmes de sécurité sont nettement plus faibles à l'étranger (55 % des personnes de race noire). Au total, 25 % des personnes interrogées citent les conditions de sécurité comme la principale raison pour développer un projet migratoire.
26. Dans une étude à paraître, le Professeur W. Pick a interviewé près de 560 médecins sud-africains ayant émigré quant à leurs motivations. Un tiers d'entre eux environ ont ainsi mis en avant l'expérience professionnelle acquise à l'étranger.
27. Le constat doit toutefois être nuancé dans le cas des médecins dans la mesure où le nombre de personnes expatriées est supérieur au nombre de postes vacants dans le secteur public. Toutefois, le fait qu'il subsiste un surplus de médecins en milieu urbain prouve que les déséquilibres constatés ne sont pas nécessairement imputables à l'émigration.
28. D'après des estimations officieuses du ministère de l'Intérieur, environ 500 000 étrangers résideraient actuellement en situation irrégulière en Afrique du Sud.
29. L'*Immigration Act* remplace l'ancien *Alien Control Act* en vigueur sous le régime de l'*apartheid* et pendant les premières années de la transition.
30. Une autre disposition contestée de la loi a trait à la perception d'un droit (*fee*) équivalent à 2 % du salaire de l'employé étranger. Le produit de ce prélèvement (*levy*) est destiné à alimenter le Fonds national de la formation et donc à aider au développement des compétences sud-africaines. L'introduction de cette taxe se substitue à la nécessité d'appliquer un test sur le marché du travail dans la mesure où le fait d'accepter de payer un surcoût pour l'emploi d'un travailleur étranger

garantit l'existence d'une difficulté de recrutement. L'exigence de cette taxe peut être suspendue pour certaines professions dont la disponibilité fait cruellement défaut à l'économie sud-africaine.

31. Par exemple, la 1^{re} catégorie, ouverte aux « possibilités d'emploi pour lequel l'employeur peut justifier de la nécessité d'un diplôme de 3^e cycle et au moins cinq ans d'expérience professionnelle » et affectée d'un seuil de 90 000 demandes, est suivie de la seconde catégorie « possibilités d'emploi pour lequel l'employeur peut justifier de la nécessité d'un diplôme de 2^e cycle et au moins cinq ans d'expérience professionnelle » et affectée d'un seuil de 75 000 demandes puis de la 3^e « possibilités d'emploi pour lequel l'employeur peut justifier de la nécessité d'un diplôme de 2^e cycle et au moins deux ans d'expérience professionnelle » et affectée d'un seuil de 70 000 demandes.
32. Ce calcul est basé sur l'hypothèse selon laquelle les statistiques officielles sous-estiment par un facteur 4 environ l'émigration de ressortissants sud-africains (voir encadré III.1).
33. Sur les trois prochaines années, les dépenses publiques sont censées augmenter en termes réels, avec notamment 7.8 milliards de rands supplémentaires pour les infrastructures, 16 milliards de rands pour les malades du VIH/SIDA et 4 milliards de rands pour l'amélioration du système pénal. Parallèlement, les autorités sud-africaines envisagent de procéder à une baisse d'impôt de 8.3 milliards de rands par le biais d'une réforme de la fiscalité sur le revenu. Enfin, l'État maintient son objectif de discipline budgétaire et s'appuie sur son programme de privatisation pour réduire la dette publique à long terme (OCDE, 2002d). L'éducation fait également partie des priorités du gouvernement sud-africain qui y consacre en 2000, 21.5 % de son budget. Toutefois, compte tenu des disparités, l'effort porte principalement sur la formation primaire et secondaire.
34. Cet engagement concerne l'ensemble des pays du G77 et les pays du Commonwealth. Un engagement similaire a été pris vis-à-vis des pays de la zone SADC depuis 1995.
35. Le Zimbabwe a également conclu un accord avec Cuba. En 2002, 117 médecins cubains travaillaient au Zimbabwe.
36. Concrètement, ces praticiens sont engagés dans les mêmes conditions que les médecins locaux, mais 30 % de leur salaire est reversé directement aux autorités cubaines, 27 % est versé sur un compte personnel à Cuba où ils reçoivent en outre leur salaire normal et le solde (43 %) est perçu directement en Afrique du Sud.
37. Entre 1996 et 2000, les statistiques officielles font état de 544 départs de médecins généralistes et spécialistes sud-africains. En faisant l'hypothèse que seulement 1 départ sur 4 est enregistré dans les statistiques officielles (voir encadré III.1), on estime que le nombre total d'émigrants doit atteindre près de 2 200 personnes sur la période considérée.
38. Les données disponibles ne font toutefois état que de 10 cas au cours des 6 dernières années.
39. En réalité, la NHS a interrompu le recrutement actif de personnels de santé en Afrique du Sud depuis 1999, à la demande des autorités sud-africaines.
40. En septembre 2000, l'ambassadeur sud-africain au Canada a fait parvenir à l'ensemble des ministres de la Santé provinciaux et fédéral, une lettre leur demandant de diminuer les recrutements de personnel médical sud-africain. Aucun protocole n'a toutefois été signé entre les deux pays à ce jour.
41. En 1997, les Philippines bénéficiaient ainsi d'une couverture en personnel infirmier comparable à celle de l'Espagne (soit environ 42 infirmières pour 10 000 habitants) mais disposaient de proportionnellement trois fois moins de médecins (12 pour 10 000 habitants contre 42 pour 10 000 habitants).
42. Au sens où elle est jouée généralement un rôle important dans la formation des médecins et des infirmières, puisqu'elle contribue à définir les curriculums, qu'elle subventionne au moins pour partie la formation universitaire et qu'elle fixe éventuellement des *numerus clausus*.
43. Dans le cas particulier du secteur de la santé, l'argument selon lequel l'accroissement des opportunités d'expatriation pourrait avoir un effet positif sur l'offre de diplômés est difficilement acceptable (Stark et Wang, 2001 ; Stark, 2002 ; Mountford, 1997) dans la mesure où le problème n'est certainement pas tant de trouver des personnes capables et intéressées à suivre des formations supérieures dans le domaine médical que de trouver les ressources nécessaires pour les former. En d'autres termes, dans un système axé sur l'enseignement public, la contrainte se situe principalement du côté de l'offre d'éducation et pas vraiment du côté de la demande. Dans ce cas, l'accroissement du salaire espéré lié à la mobilité internationale n'est pas à même d'affecter l'offre de diplômés.

44. Il est à noter que depuis 1996 l'Afrique du Sud a en fait décidé de ne pas recruter du personnel médical à partir d'autres pays en développement.
45. Les documents sont accessibles à l'adresse suivante : www.doh.gov.uk/international-recruitment
46. Dans le secteur de la santé, les agences privées de recrutement international travaillent selon trois types de méthodes : i) elles recrutent elles-mêmes des médecins ou des infirmières qu'elles sous-contractent ensuite à des employeurs sur des emplois à durée déterminée ; ii) elles organisent les recrutements à l'étranger pour le compte d'employeurs ou iii) elles identifient les pays d'origine susceptibles de fournir la main-d'œuvre recherchée par des employeurs qui vont ensuite organiser eux-mêmes les entretiens d'embauche.
47. Un document préparé par Blouin, Foster et Labonte (2002) pour la « Commission sur le futur des soins de santé au Canada » propose par exemple de mettre en application un code similaire pour le Canada.
48. Le document est accessible à l'adresse suivante : www.commedas.org/files/COP/COP.pdf. En outre, le Comité de direction du Commonwealth pour les infirmières et les sages femmes a rédigé en février 2001 un document qui inclut des recommandations pour le recrutement international et qui a été approuvé par le Commonwealth (*Guidance on workforce issues : the global crisis in the recruitment and retention of nurses and midwives*).

Bibliographie

- AUSTRALIAN MEDICAL WORKFORCE ADVISORY COMMITTEE (AMWAC) (1999), « Temporary resident doctors in Australia. Distribution, characteristics and role », Rapport n° 1999-3.
- BAILEY, T. (2002), « What skills are we actually losing? Migration of professionals by occupational category », Centre for Interdisciplinary Studies, University of Stellenbosch, mimeo.
- BAILEY, T. (2003), « Skills migration and the brain drain », in *Human Resources Development Directorate*, A. Kraak (ed.).
- BARER, M. et WEBBER, W. (1999), « Immigration and emigration of physicians to/from Canada », Health Human Resources Unit, Research Report n° 99-6, University of British Columbia.
- BARER, M. et WEBBER, W. (2000), *The Great Canadian Physician Exodus?*, ISUMA, automne.
- BHAGWATI, J. et HAMADA, K. (1974), « The brain drain, international integration of markets for professionals and unemployment : a theoretical analysis », *Journal of Development Economics*, vol. 1, n° 1, pp. 19-42.
- BHORAT, H., MEYER, JB et MLATSHENI, C. (2001), « Skilled labour migration from developing countries : study on South and Southern Africa », ILO.
- BIVIANO, M. et MAKAREHCHI, F. (2002), « Globalization and the physician workforce in the United States », Sixth International Medical Workforce Conference, Ottawa, Canada.
- BLOUIN, C., FOSTER, J. et LABONTE, R. (2002), « Canada's foreign policy and health : toward policy coherence », Prepared for the Commission on the Future of Health Care in Canada.
- BROWN, M. (2003), « The South African experience of scientific diaspora networks », in *Scientific Diasporas, How can Developing Countries Benefit from their Expatriate Researchers and Engineers* (CD-ROM), IRD Editions (forthcoming).
- BUCHAN, J. (2002), « International recruitment of nurses : United Kingdom case study », mimeo, Queen Margaret University College.
- CENTRE FOR DEVELOPMENT AND ENTERPRISE (2002a), *South Africa's New Immigration Law, Salvageable for Economic Growth?*
- CENTRE FOR DEVELOPMENT AND ENTERPRISE, (2002b), *Key Issues in Immigration Policy and a Brief Assessment of the Draft Immigration Legislation in the Light of South African Current Need*.
- CHEN, L., EVANS, T. et CASH, R. (1999), « Health as a global public good », in *Global Public Goods* by I. Kaul, I. Grunberg and M. Stern M. (eds).
- COHEN, J. (2001), « The argument for global standards for medical education », *The Meducator*, vol. 1, Issue 3, octobre.
- COMMONWEALTH SECRETARIAT (2002), *Code of Practice for International Recruitment of Health Worker*.

- CRUSH, J. (2000), « Losing our minds : skills migration and the South African brain drain », *Migration Policy Series*, n° 18, SAMP.
- CRUSH, J. (2002), « The global raiders : nationalism, globalization and the South African brain drain », *Journal of International Affairs*, vol. 56, n° 1, octobre.
- CRUSH, J. et WILLIAMS, V. (2001), « Counting brains : measuring emigration from South Africa », *Migration Policy Brief*, n° 5, Southern African Migration Project (SAMP).
- CRUSH, J. et WILLIAMS, V. (2002a), « Thinking about the brain drain in Southern Africa », *Migration Policy Brief*, n° 8, (SAMP).
- CRUSH, J. et WILLIAMS, V. (2002b), « Transnationalism and African immigration to South Africa », *Migration Policy Brief*, n° 9, (SAMP).
- DENOSA (2001), *Report on Migration of Nurses*.
- DEPARTMENT OF HEALTH, SOUTH AFRICA (SA) (2002), « Migration of health professionals : recruitment and retention strategy », mimeo.
- DEPARTMENT OF HEALTH (SA) (1997), « White Paper for the transformation of the health system in South Africa ».
- DEPARTMENT OF HEALTH (UK) (1999), *Guidance on International Recruitment*, United Kingdom.
- DEPARTMENT OF HEALTH (UK) (2001), *Code of Practice for NHS Employers Involved in International Recruitment of Healthcare Professionals*, United Kingdom.
- DODSON, B. (2002), *Gender and the brain drain from South Africa*, Migration Policy Series n° 23, SAMP.
- DOHERTY, J. et JOFFE, A. (2003), « Trends in skilled health personnel, 1996-2002 », miméo.
- ERASMUS, J. et HALL, E. (2003) « Demand and supply of medical practitioners and nurses in the South African labour market », in *Human Resources Development Directorate*, A. Kraak (ed.).
- FOURIE, M.J. et JOUBERT, R. (1998), « Emigration's influence on South Africa : a human capital theory approach », University of South Africa.
- GRANT, H. et OERTEL, R. (1997), « The supply and migration of Canadian physicians, 1970-95 : Why we should learn to love an immigrant doctor », *Canadian Journal of Regional Science*, pp. 157-168.
- HICKS, V. et ADAMS, O. (2001), « Pay and non-pay incentives, performance and motivation », presented at the Global Workforce Strategy Group, WHO.
- HRSA (2002), *Projected Supply, Demand and Shortages of Registered Nurses : 2000-2020*, US Department of Health and Human Services.
- HSRC (2003), *A Study on the Mobility of Research and Development Workers*.
- KAPLAN, D. (1996), *Reversing The Brain Drain : The Case for Utilizing South Africa's Unique Intellectual Diaspora*.
- KAPLAN, D., MEYER, J.B et BROWN, M. (1999), « Brain drain: new data, new options ». *Trade and Industry Monitor*, DPRU, University Cape Town.
- MARTINEAU, T. et MARTINEZ, J. (1997), « Human resources in the health sector: Guidelines for appraisal and strategic development », *Health and Development Series* n° 1, European Commission, Brussels.
- MARTINEZ, J. et MARTINEAU, T. (2002), « Human resources in the health sector : an international perspective », DFID Issue Paper.
- MATTES, R. et RICHMOND, W. (2002), « The brain drain: what do skilled South Africans think? », in *Destination Unknown. Perspectives on the Brain Drain in Southern Africa*, D. McDonald and J. Crush (eds).
- MATTES, R., CRUSH, J. et RICHMOND, W. (2000), « The brain gain: skilled migrants and immigration policy in post-apartheid South Africa » in *OECD Migration Policy Series* n° 20, SAMP.
- MCDONALD, D. et CRUSH, J. (2003), *Destination Unknown. Perspectives on the Brain drain in Southern Africa*, Africa Institute of South Africa, 400 pp.
- MEYER, J.B., BROWN, M. et KAPLAN, D. (2000), « Assessing the South African brain drain: a statistical comparison », Cape Town : Development Policy Research Unit.
- MOUNTFORD, A. (1997), « Can brain drain be good for growth in the source economy? », *Journal of Development Economics*, n° 53, pp. 287-303.

- NAUDET, J.D. (1999), *Trouver des problèmes aux solutions. Vingt ans d'aide au Sahel*, Club du Sahel, OCDE.
- NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL (2002), *Statistical Analysis of the Register*, 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2002.
- OCDE (2002a), « International Migration of Physicians and Nurses : Causes, Consequences and Health Implications », DELSA
- OCDE (2002b), *The International Mobility of the Highly Skilled*, Paris.
- OCDE (2002c), *Les dossiers du CAD. Coopération pour le Développement*, 2002, vol. 3, n° 1, Paris.
- OCDE (2002d), *Perspectives économiques en Afrique 2001/2002*, Paris.
- OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde*, Genève.
- PERBERDY, S. (1999), « Selecting immigrants : nationalism and national identity in South Africa's immigration policies, 1910-1998 », PhD Dissertation, Queen's University, Ontario.
- PICK, W., NEVHUTALU, K., CORNWALL, J. et MASUKU, M. (2001), *Human Resources for Health. A National Strategy*.
- PRICE, M. (2001), « What should and should not be common in medical education globally? », *The Educator*, octobre 2001, vol. 1, Issue 3.
- REID, S. (2002), « Community Service For Health Professionals », *South African Health Review*.
- SHISANA, O. et SIMBAYI, L. (2002), *South Africa National HIV Prevalence, Behavioral Risks and Mass Media*, HSRC publication.
- STARK, O. (2002), « The economics of the brain drain turned on its head », mimeo.
- STARK, O. et WANG, Y. (2001), « Inducing human capital formation : migration as a substitute for subsidies », *Reihe Okonomie Economics Series* n° 100.
- STATISTICS SOUTH AFRICA (diverses années), *Migration Reports*.
- THOMAS-HOPE, E. (2002), « Skilled labour migration from developing countries : study of Carribean Region », ILO Migration Working Paper n° 50.
- VAN DEER VIVE, J.D et DE VILLAS, P.J.T. (2000), « Why do physicians emigrate? The migration of South African graduates to Canada : a survey of medical practitioners in Saskatchewan », *South African Family Practice* 2000, n° 22, pp. 17-22.

Tableau III.A1. Répartition par profession des flux migratoires officiels entre 1988 et 2000

	1988			1989			1990			1991		
	Immigration	Émigration	Solde	Immigration	Émigration	Solde	Immigration	Émigration	Solde	Immigration	Émigration	Solde
Total	10 400	7 767	2 633	11 270	4 911	6 359	14 499	4 722	9 777	12 379	4 256	8 123
Population active totale	5 010	3 496	1 514	5 093	2 372	2 721	6 727	2 377	4 350	6 040	2 008	4 032
Professions de santé	198	269	-71	202	184	18	314	171	143	387	125	262
Médecins généralistes	61	60	1	56	32	24	125	23	102	218	21	197
Médecins spécialistes	7	13	-6	13	4	9	10	7	3	11	2	9
Autres médecins	4	2	2	6	13	-7	10	6	4	5	2	3
Dentistes	12	13	-1	4	4	0	19	6	13	16	4	12
Vétérinaires	2	2	0	9	1	8	7	0	7	7	2	5
Pharmaciens	11	26	-15	16	10	6	8	11	-3	14	11	3
Autres professions de la médecine	7	43	-36	13	24	-11	27	28	-1	17	16	1
Infirmiers	79	97	-18	72	85	-13	89	81	8	77	58	19
Techniciens de la santé	5	3	2	5	4	1	5	1	4	8	8	0
Autres professionnels de santé	10	10	0	8	7	1	14	8	6	14	1	13
Ingénieurs, ingénieurs techniciens, architectes, et professions associées	456	372	84	463	285	178	655	274	381	573	250	323
Enseignants et professions associées	125	194	-69	108	153	-45	137	164	-27	207	141	66
Professions libérales et professions associées	266	312	-46	308	226	82	341	172	169	285	139	146
Professions législatives, cadres et gérants	607	353	254	686	216	470	810	219	591	775	221	554

Tableau III.A1. Répartition par profession des flux migratoires officiels entre 1988 et 2000 (suite)

	1992			1993			1994			1995		
	Immigration	Émigration	Solde	Immigration	Émigration	Solde	Immigration	Émigration	Solde	Immigration	Émigration	Solde
Total	8 686	4 289	4 397	9 824	8 078	1 746	6 398	10 235	-3 837	5 064	8 725	-3 661
Population active totale	4 132	2 077	2 055	4 134	-	-	2 568	4 860	-2 292	1 762	4 526	-2 764
Professions de santé	445	166	279	368	-	-	260	349	-89	143	298	-155
Médecins généralistes	317	25	292	244	-	-	158	72	86	70	56	14
Médecins spécialistes	10	6	4	4	-	-	5	21	-16	4	15	-11
Autres médecins	3	6	-3	11	-	-	1	22	-21	2	17	-15
Dentistes	19	10	9	7	-	-	12	16	-4	3	14	-11
Vétérinaires	4	3	1	4	-	-	4	8	-4	5	6	-1
Pharmaciens	11	11	0	2	-	-	8	34	-26	4	31	-27
Autres professions de la médecine	10	27	-17	27	-	-	15	53	-38	14	50	-36
Infirmiers	53	72	-19	57	-	-	51	91	-40	35	92	-57
Techniciens de la santé	6	3	3	5	-	-	3	6	-3	1	1	0
Autres professionnels de santé	12	3	9	7	-	-	3	26	-23	5	16	-11
Ingénieurs, ingénieurs techniciens, architectes, et professions associées	498	279	219	448	-	-	321	472	-151	208	373	-165
Enseignants et professions associées	189	152	37	128	-	-	153	305	-152	127	314	-187
Professions libérales et professions associées	189	126	63	196	-	-	187	463	-276	178	404	-226
Professions législatives, cadres et gérants	515	237	278	835	-	-	488	622	-134	372	653	-281

Tableau III.A1. Répartition par profession des flux migratoires officiels entre 1988 et 2000 (suite)

	1996			1997			1998			1999		
	Immigration	Émigration	Solde	Immigration	Émigration	Solde	Immigration	Émigration	Solde	Immigration	Émigration	Solde
Total	5 407	9 708	-4 301	4 103	8 946	-4 843	4 371	9 031	-4 660	3 669	8 487	-4 818
Population active totale	1 995	5 163	-3 168	1 548	4 907	-3 359	1 198	5 105	-3 185	1 365	4 848	-3 483
Professions de santé	139	384	-245	71	336	-265	54	407	-353	51	326	-275
Médecins généralistes	64	92	-28	36	60	-24	3	86	-83	38	68	-30
Médecins spécialistes	6	11	-5	4	22	-18	25	19	6	1	15	-14
Autres médecins	3	12	-9	2	6	-4	8	18	-10	0	9	-9
Dentistes	4	33	-29	2	50	-48	0	13	-13	1	12	-11
Vétérinaires	3	4	-1	3	8	-5	0	12	-12	0	4	-4
Pharmaciens	9	23	-14	1	9	-8	1	42	-41	5	39	-34
Autres professions de la médecine	17	52	-35	7	54	-47	2	55	-53	4	50	-46
Infirmiers	30	124	-94	10	101	-91	10	133	-123	1	117	-116
Techniciens de la santé	1	9	-8	2	7	-5	2	0	2	0	3	-3
Autres professionnels de santé	2	24	-22	4	19	-15	3	29	-26	1	9	-8
Ingénieurs, ingénieurs techniciens, architectes, et professions associées	246	409	-163	109	445	-336	89	425	-336	66	334	-268
Enseignants et professions associées	133	351	-218	115	320	-205	79	272	-193	69	314	-245
Professions libérales et professions associées	157	441	-284	136	442	-306	144	454	-310	107	494	-387
Professions législatives, cadres et gérants	464	723	-259	320	751	-431	424	772	-348	255	670	-415

Tableau III.A1. Répartition par profession des flux migratoires officiels entre 1988 et 2000 (suite)

	2000		Solde
	Immigration	Émigration	
Total	2 400	10 262	-7 862
Population active totale	662	6 434	-5 772
Professions de santé	36	459	-423
Médecins généralistes	21	89	-68
Médecins spécialistes	1	16	-15
Autres médecins	2	21	-19
Dentistes	1	31	-30
Vétérinaires	1	10	-9
Pharmaciens	2	24	-22
Autres professions de la médecine	0	71	-71
Infirmiers	4	147	-143
Techniciens de la santé	2	10	-8
Autres professionnels de santé	2	40	-38
Ingénieurs, ingénieurs techniciens, architectes, et professions associées	24	433	-409
Enseignants et professions associées	106	357	-251
Professions libérales et professions associées	114	616	-502
Professions législatives, cadres et gérants	241	879	-638

Source : Statistics South Africa.

ANNEXE 2

*Liste des pays et régions à partir desquels la NHS
s'engage à ne pas recruter activement
les professionnels de santé*

Afghanistan	Central African Republic	Gabon
Albania	Chad	Gambia
Algeria	Chile	Georgia
Angola	China	Ghana
Anguilla	Chinese Taipei	Grenada
Antigua and Barbuda	Columbia	Guatemala
Armenia	Comoros	Guinea
Aruba	Congo, Rep	Guinea-Bissau
Azerbaijan	Cook Islands	Guyana
Bahamas	Costa Rica	Haïti
Bahrain	Cote d'Ivoire	Honduras
Bangladesh	Croatia	India ¹
Barbados	Cuba	Indonesia
Belize	Democratic Republic of Congo	Iran
Benin	Djibouti	Iraq
Bermuda	Dominica	Jamaica
Bhutan	Dominican Republic	Jordan
Bolivia	East Timor	Kazakhstan
Bosnia and Herzegovina	Ecuador	Kenya
Botswana	Egypt	Kiribati
Brazil	El Salvador	Korea, Democratic Republic
Burkina Faso	Equatorial Guinea	Kyrgyz Republic
Burundi	Eritrea	Laos
Cambodia	Ethiopia	Lebanon
Cameron	Fiji	Lesotho
Cape Verde		Liberia

Macedonia	Pakistan	Swaziland
Madagascar	Palau Islands	Syria
Malaysia	Palstinian Administered Territories	Tajikistan
Malawi	Panama	Tanzania
Maldives	Papua New Guinea	Thailand
Mali	Paraguay	Togo
Marshall Islands	Peru	Tokelau
Mauritania	Philippines ²	Tonga
Mauritius	Rwanda	Trinidad and Tobago
Mayotte	Samoa	Tunisia
Mexico	Sao Tome and Principe	Turkey
Micronesia	Saudi Arabia	Turkmenistan
Moldova	Senegal	Turks and Caicos Islands
Mongolia	Seychelles	Tuvalu
Montserrat	Sierra Leone	Uganda
Morocco	Solomon Islands	Uruguay
Mozambique	Somalia	Uzbekistan
Myanmar	South Africa	Vanuatu
Namibia	Sri Lanka	Venezuela
Nauru	St Helena	Vietnam
Nepal	St Kitts and Nevis	Virgin Islands
Nicaragua	St Lucia	Wallis and Futuna
Niger	St Vincent and Grenadines	Yemen
Nigeria	Sudan	Yugoslavia
Niue	Surinam	Zambia
Oman		Zimbabwe

Notes

1. Le Département de la Santé recommande de ne recruter qu'au travers d'accords bilatéraux, c'est-à-dire uniquement dans les régions qui ne reçoivent pas d'aide du DFID. Les régions recevant une aide du DFID sont Andhra Pradesh, Madhya Pradesh, Orissa et West Bengal.
2. Il existe un accord entre le Royaume-Uni et les Philippines qui autorise le Royaume-Uni à recruter des infirmières.

Source : Department of Health, Royaume-Uni (<http://www.doh.gov.uk/international-recruitment>).