



Bruxelles, 9-11 juillet 2007

Document de base
(Version originale : anglais)

Table ronde 1 : Développement du capital humain et mobilité de la main-d'œuvre : maximiser les opportunités et minimiser les risques

Session 1.1.

Etude générale pour la session 1.1 de la table ronde : Migration hautement qualifiée : équilibrer les intérêts et les responsabilités

Coordinateurs de la session : Les gouvernements du Royaume-Uni et du Ghana
Partenaires pour la préparation de la session : Les gouvernements du Malawi et des Pays-Bas, l'OMS, l'OCDE

L'OCDE, l'OIM, la Banque Mondiale et le MPI (*Migration Policy Institute*) ont apporté leur contribution à cette étude générale. Les questions horizontales ont été abordées en se basant sur les contributions fournies par l'Organisation Internationale du travail, l'Organisation internationale de la migration et le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (Belgique).

Coordinateur pour la "task force": Irena Omelaniuk

Comité de session

Présidence : M. Mark Lowcock, Directeur Général, Politique et International, DFID, R-U

Co-Présidence : Dr. Ken Sagoe, Développement des Ressources Humaines, Services de santé du Ghana, Ghana

Orateur 1 : Dr. Ann Phoya, Directeur, SWAps Secretariat, Ministère de la Santé, Malawi

Orateur 2 : Dr. Jean Yan, Conseiller scientifique en soins infirmiers et sages-femmes, Présidence du groupe de travail technique pour la Migration, OMS

Participant : Mr. Jean-Pierre Garson, Chef de la Division migrations internationales et économies non membres, OCDE

Rapporteur : Mme Renée Jones-Bos, Directeur général pour la Politique régionale et les Affaires consulaires, Ministère des Affaires étrangères, Pays-Bas

Cette étude générale est basée sur un document émanant du Professeur Ronald Skeldon de l'Université de Sussex, R-U, et préparée en collaboration avec le groupe de travail mis en place par le gouvernement belge dans le cadre de la préparation de la première réunion du Forum Mondial sur la Migration et le Développement (FMMD). L'objectif premier de ce document est d'informer et de faciliter la discussion de la session 1.1 de la table ronde lors de cette première réunion du FMMD. Il se base sur des sources générales et n'a pas pour intention d'être exhaustif. Les organisateurs n'assument aucune responsabilité et ne garantissent pas la validité, l'exactitude et l'exhaustivité des informations contenues dans ce document. Le document ne reflète pas nécessairement les opinions des organisateurs du FMMD, ni celles des gouvernements ou des organisations qui prennent part aux sessions de table ronde. Etant donné que le FMMD est un processus informel, ce document n'implique aucun engagement de la part des parties qui l'utilisent dans le cadre des discussions du FMMD. Toute reproduction, partielle ou totale, de ce document doit comporter les sources.

Résumé

Dans un monde où les marchés de l'emploi sont mondialisés, on a pu assister à une augmentation importante de la mobilité des personnes qualifiées et instruites, tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. L'exode ou « la fuite des cerveaux » de personnes hautement qualifiées dans des secteurs vitaux pour le développement, comme la santé, l'éducation ou l'agriculture, est perçu dans certains cas comme ayant un effet retardateur sur la réalisation d'objectifs de développement, tout particulièrement dans les plus petits pays en voie de développement. Cependant, pour certains pays, la fuite des cerveaux s'est transformée en importation de cerveaux, grâce aux investissements des migrants, à la mise en réseau de contacts et de projets, au transfert de connaissances et à d'autres formes de collaboration entre émigrés et pays d'origine.

La migration cependant est rarement la cause d'un manque de développement, même si elle est souvent accusée d'entraîner des effets négatifs. La migration fait partie d'un cadre de développement plus large et est autant une conséquence qu'une cause d'un manque de développement. Des politiques générales de développement pour stimuler la croissance économique, améliorer la primauté du droit et la bonne gouvernance peuvent avoir un impact sur la décision de migrer. Cependant, un bon nombre de politiques et d'initiatives sont déjà mises en place, dans les pays d'origine et de destination pour former, retenir et regagner les personnes qualifiées pour le développement. Des approches conjointes entre gouvernements et entre secteurs publics et privés peuvent souvent garantir un meilleur équilibre entre les intérêts et les résultats.

Ce document est axé sur le secteur de la santé et vise à examiner en détail les flux et les impacts de la migration des personnes hautement qualifiées, l'efficacité des politiques dans la gestion de cette migration afin qu'elle profite au développement. Quelles sont les mesures qui ont été adoptées pour que ces politiques soient efficaces ? Quels sont les partenariats existants et comment ont-ils été mis en œuvre ? De quelle manière faut-il utiliser l'aide au développement pour soutenir les initiatives politiques dans ce domaine ? Ce document identifie certaines bonnes pratiques, utilisées par les gouvernements ou d'autres organisations, qui visent à garantir que la migration de personnes hautement qualifiées provenant de pays en voie de développement n'affecte pas négativement les interventions en faveur du développement du pays d'origine, tout en répondant aux besoins du marché de l'emploi dans les pays développés.

Introduction

La migration de personnes hautement qualifiées issues de pays en voie de développement vers des pays développés a augmenté au cours des dernières années. Cette migration était en partie due aux marchés mondiaux émergents pour certaines personnes qualifiées et à la forte concurrence dont ont fait preuve les pays développés pour recruter ces personnes qualifiées.¹ Les économies des pays développés d'Asie de l'Est furent les dernières à rejoindre cette course mondiale aux compétences. Par ailleurs, il est probable que leur marché s'étende rapidement en raison de la croissance régionale et de l'augmentation de l'immigration nette.²

Toutefois, l'émigration de personnes hautement qualifiées provenant de pays en voie de développement est aussi en partie motivée par un manque d'opportunités et par les conditions de travail dans ces pays, bien que cela ne puisse pas être automatiquement assimilé à un déclin des conditions locales. En effet, la migration est rarement la cause d'un manque de développement, même si on l'attribue souvent aux résultats négatifs. La migration peut être aussi bien une conséquence qu'une cause du manque de développement. Alors que des études précédentes ont souligné les effets néfastes de la migration de personnes hautement qualifiées sur les communautés laissées derrière elles, il est désormais plus fréquent d'affirmer que la migration de personnes hautement qualifiées peut aussi profiter à l'éducation et à la croissance du développement du capital humain dans des pays plus pauvres, tout comme les transferts de

fonds ou les transferts de connaissances vers les pays d'origine (bien que, comme le précise la Banque Mondiale, les transferts de fonds des personnes qualifiées n'ont peut-être pas le même impact que ceux des personnes moins qualifiées).³

Les impacts de la migration de personnes hautement qualifiées varient selon le pays et sont généralement plus importants sur les plus petites populations et les économies fragiles. Pour de nombreux pays d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes, s'ils n'arrivent pas à retenir les personnes qualifiées issues de leurs systèmes d'éducation, ou à attirer les compétences dont ils ont besoin, la perte des cerveaux dans des secteurs-clés peut diminuer leur capacité à réduire la pauvreté et à dynamiser la croissance économique.⁴ Parallèlement, un nombre de plus en plus important de pays en développement est aussi en compétition avec le monde développé pour attirer ces travailleurs hautement qualifiés.

Dans la course des pays développés pour attirer les « meilleurs et les plus brillants », il se produit une tension entre la politique migratoire et la politique de développement. En effet, la politique d'immigration vise souvent à attirer les migrants possédant de grandes qualités, ce qui peut entrer en conflit avec la politique de développement qui vise à réduire la pauvreté et à rehausser les niveaux de bien-être dans les pays en voie de développement. Ainsi certains de ces « meilleurs et plus brillants » doivent rester dans leur pays pour que la politique de développement soit efficace. La manière de parvenir à un équilibre viable pour que la migration soit bénéfique, tant pour les pays d'origine que de destination, est le thème de la session 1.1 du FMMD. L'éducation et la formation sont des enjeux politiques vitaux pour cette interface de la migration et du développement.

L'objectif de cette étude générale est d'éclairer la discussion de la table ronde en résumant les principales découvertes des récentes recherches sur la migration de personnes qualifiées, et de mettre en évidence les actuelles politiques et pratiques qui visent à gérer la migration de personnes hautement qualifiées. Le mouvement des professionnels de la santé sert à illustrer la migration de personnes hautement qualifiées en général. Il n'est pas identique mais il sert à examiner de plus près la migration des personnes qualifiées dans son ensemble. La session abordera ensuite certains programmes en vigueur et en dégagera les politiques, les mesures et les conditions qui seront les plus à même de maximiser les bénéfices et de minimiser les risques de la migration des personnes hautement qualifiées.

Définitions

Il n'existe aucune définition commune à tous les Etats ou les érudits pour le terme « qualifié ». De manière générale, les personnes hautement qualifiées sont celles dotées de qualifications du niveau tertiaire qui constituent les « ressources humaines pour la science et la technologie ».⁵ Cependant, « les personnes qualifiées » constituent une catégorie plus large, d'ailleurs, de nombreuses compétences de moindre niveau sont aussi nécessaires au développement. Ce document vise essentiellement les personnes qui sont demandées par le secteur de la santé et il utilise les définitions des professionnels de la santé utilisées par l'OMS.⁶ Ces définitions reconnaissent que les services en matière de santé ne concernent pas seulement les docteurs ou les aides-soignants, mais qu'ils concernent « *toutes les personnes qui prennent part à des actions dont le but premier est d'améliorer la santé* ». Cependant, malgré l'importance de ces travailleurs, les catégories « docteur et infirmière » ont tendance à apparaître dans les classifications d'emplois de la plupart des pays et, par conséquent, sont le point central de la plupart des travaux sur le mouvement de professionnels de la santé.

La discussion qui aura lieu au Forum Mondial sera axée sur une définition plus large du terme hautement qualifié.

Contexte

Données de base

Des données adéquates servant à mesurer la migration des professionnels de la santé d'un pays vers un autre font souvent défaut. En effet, la plupart des informations sont anecdotiques. Par ailleurs, le peu de données disponibles sur la ségrégation au niveau du genre fait qu'il est difficile de fournir des chiffres précis sur les mouvements migratoires des femmes qualifiées.

Pourtant, une tendance se dégage : il y a de plus en plus de professionnels de la santé étrangers formés dans les pays développés d'Europe, d'Amérique du Nord et d'Australasie. La proportion d'étrangers diplômés en médecine et exerçant aux Etats-Unis, par exemple, passe de 18 % dans les années 70 à 25 % en 2000. En outre, plus de 30 % des médecins au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande étaient formés à l'étranger pour la même période.⁷ D'autres estimations suggèrent que près de 18 556 docteurs issus de 10 pays subsahariens exerçaient dans huit pays de l'OCDE vers 2005, soit une moyenne de 23 pour cent du nombre total de médecins des pays d'origine.⁸ La même source indique que près de 30 000 infirmières et sages-femmes issues de 19 pays subsahariens, soit 5 pour cent du total, travaillaient dans sept pays de l'OCDE à la même période. Une augmentation des besoins est prévue : les Etats-Unis devraient manquer de 800 000 aides-soignants d'ici 2020⁹. L'OCDE a récemment mené une analyse des principaux types de migration de personnes qualifiées vers les économies les plus développées du monde. (Perspective 2007 de la Migration Internationale). La Banque Mondiale a produit une nouvelle base de données sur les fuites de cerveaux au niveau médical et bilatéral.

Schémas de migration internationaux

Le fait de diviser le monde en pays d'origine, au sud, et en pays de destination, au nord, est une simplification excessive dans un monde où tous les pays sont désormais des pays d'origine et de destination pour la migration. De récentes recherches montrent combien il est difficile de confirmer que les prétendues « crises du personnel » ou que les impacts négatifs sur les systèmes de santé sont les simples conséquences de l'émigration des personnes qualifiées, même en Afrique subsaharienne.¹⁰ Les médecins et les aides-soignants nés à l'étranger et exerçant dans les pays développés n'ont pas tous été formés dans des pays en voie de développement. Par ailleurs, il est prouvé que les professionnels de la santé, spécialement les médecins, circulent dans le monde développé (par exemple, des médecins britanniques qui vont aux Etats-Unis ou des médecins australiens qui se rendent au R-U). Bien qu'une transition d'émigration nette à immigration nette fût observée au début sur le développement, le fait de rehausser les niveaux de développement n'implique pas une cessation de l'émigration. Le Royaume-Uni, par exemple, reste l'une des principales sources de migrants qualifiés au niveau mondial : il n'est pas simplement un pays de destination.¹¹

Schémas internes

Toute évaluation de l'impact de l'exode du personnel médical sur le développement doit prendre en considération sa répartition dans les pays d'origine. La majorité des médecins et des aides-soignants des pays en voie de développement ont tendance à se situer dans la capitale ou dans les principaux centres urbains. Par exemple, deux tiers des médecins au Ghana sont concentrés dans les deux plus grandes villes du pays, Accra et Kumasi.¹² Il n'y a aucune raison de penser que si les médecins ou aides-soignants qui ont migrés étaient restés dans leur pays, ils auraient travaillé dans des régions plus éloignées ou plus pauvres du pays. Par conséquent, il est peu probable qu'un exode national de médecins ait un impact important sur le niveau de la santé de la population des régions qui en ont le plus besoin, pour lesquelles une amélioration des indicateurs de base aurait en effet un impact sur les OMD.

Schémas sectoriels

Les personnes qualifiées quittent un secteur plutôt qu'un pays.

En effet, les bas salaires, les conditions de travail et les possibilités de carrière poussent les professionnels à quitter le secteur de la santé publique pour d'autres emplois, notamment pour le secteur privé ou pour les

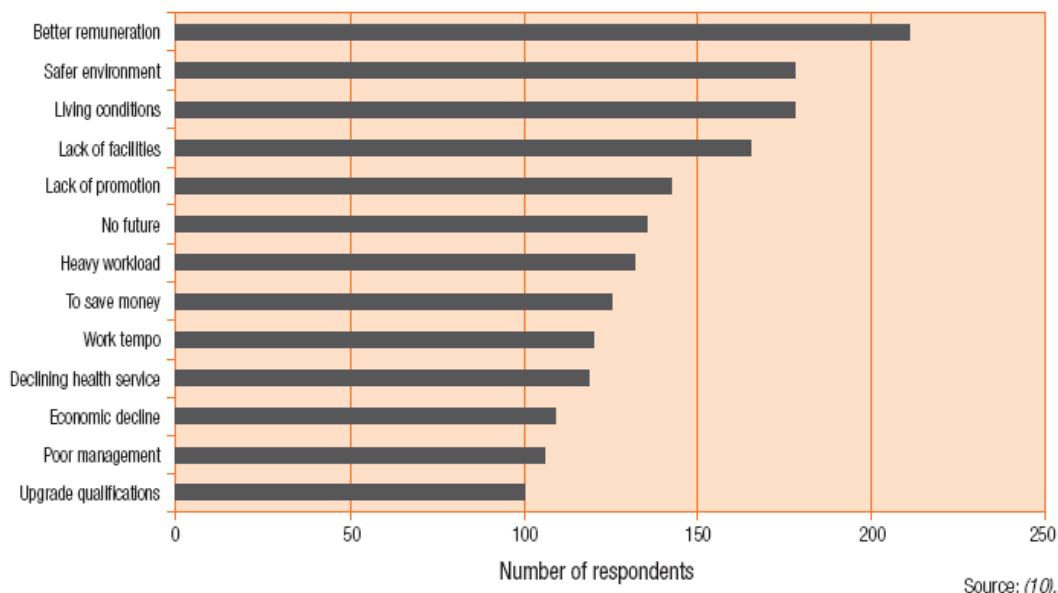
entreprises. Par exemple, bien qu'il y avait près de 32 000 emplois d'aides-soignants à pourvoir dans le secteur de la santé publique en Afrique du Sud en 2001, il a pourtant été estimé que 35 000 aides-soignants agréés étaient soit inactifs, soit sans emploi.¹³ Ce flux plutôt intersectoriel que migratoire souligne le besoin d'une réforme multisectorielle du service public, et de se focaliser sur le mouvement général des talents issus d'un pays, et pas seulement sur les médecins et les aides-soignants, si l'on veut comprendre une éventuelle crise du secteur de la santé. En outre, ceux qui auraient pu jouer un rôle de meneur dans le service public et dans la vie politique d'un pays sont peut-être partis.

Impacts

Les résultats de recherches sur l'impact de la migration de personnes qualifiées sur le développement sont limités et variables. Il y a peu de considération spécifique sur la migration des femmes et les impacts substantiels sur l'atteinte des objectifs du développement. Cependant, il existe suffisamment de preuves pour démontrer que ces données sont très spécifiques à un pays, en raison de facteurs tels que la vigueur de l'économie et la flexibilité du marché de l'emploi. Il est avancé, par exemple, que des pays comme la Chine, le Mexique, l'Inde et les Philippines ont été capables de s'adapter à leur fuite des cerveaux grâce à des modifications stratégiques dans la production.¹⁴ Cependant, certaines économies insulaires plus petites, comme les régions des Caraïbes et du Pacifique, perdent plus de médecins et d'aides-soignants qu'ils ne peuvent en retenir pour leurs propres besoins en matière de soutien au développement (p.ex. la Jamaïque, la Grenade).¹⁵ Toutefois, la nouvelle littérature consacrée à la fuite des cerveaux souligne aussi les résultats bénéfiques sur l'éducation et le développement en général que peut entraîner la migration de personnes qualifiées. De plus en plus de personnes investissent dans l'éducation dans le but de migrer et les migrants qualifiés qui sont de retour réinvestissent des ressources dans leurs pays d'origine. Les économies récemment industrialisées sont clairement mieux placées pour maximiser les avantages du transfert de nouvelles technologies et de compétences par les migrants (Katseli et al, 2006 (Policy Brief No. 30)). Certains pays d'origine et de destination collaborent à présent sur des politiques qui visent à mieux équilibrer les résultats de l'offre et de la demande, tant pour les pays développés que pour ceux en voie de développement.

En général, bien que l'émigration du personnel de la santé puisse sembler importante, elle est plus susceptible d'aggraver une condition existante que d'en être la cause principale. L'émigration des professionnels de la santé est tout autant un symptôme qu'une cause de l'échec dans le secteur de la santé. Le tableau suivant illustre certains facteurs qui contribuent à la migration des professionnels de la santé.

Raisons de la migration de professionnels de la santé pour quatre pays africains (Cameroun, Afrique du Sud, Ouganda et Zimbabwe)



Source : Rapport sur la santé dans le monde 2006, p. 99

Politiques et pratiques actuelles

Les politiques et les pratiques sur le thème de la migration des personnes les plus qualifiées sont réparties en trois catégories : tout d'abord, celles qui peuvent être mises en œuvre dans les pays d'origine de la migration, ensuite, celles qui sont mises en œuvre dans des pays de destination, et enfin celles qui sont mises en œuvre en partenariat entre les pays.

Pays d'origine

Dans les pays d'origine, les politiques sont conçues principalement autour de l'offre de travailleurs. De nombreux types de politiques et de pratiques sont en vigueur, cependant, il est parfois trop prématuré de vouloir identifier les « meilleures pratiques » ou de connaître les conditions selon lesquelles certains programmes sont susceptibles de réussir ou d'échouer.

1. Formation : On peut identifier trois larges catégories de programmes de formation, bien que souvent, les pays pourraient recourir à une association de celles-ci dans le cadre d'une stratégie générale de ressources humaines :
 - a) **Etendre les services de formation existants.** Les programmes de cette catégorie comprennent la formation continue des docteurs et des aides-soignants aux normes rigoureuses de la médecine moderne. Bien que cette approche puisse être la meilleure, elle est onéreuse et peut néanmoins être suivie d'un départ du personnel formé vers d'autres pays. Les diplômés sont capables d'entrer sur des marchés mondiaux et peuvent se déplacer là où la rémunération et les conditions sont élevées. Il est estimé que, par exemple, près de 60 % des médecins formés au Ghana dans les années 1980 ont quitté le pays.¹⁶ L'augmentation du nombre de professionnels formés dans n'importe quel pays en voie de développement est susceptible d'accroître le réservoir de chaque pays, malgré certaines fuites, étant donné que l'entièreté des professionnels n'a pas l'intention ou la capacité de migrer.¹⁷ Le nombre de médecins au Ghana a fait mieux que suivre le rythme de la croissance de la population malgré l'exode, même si le taux d'aides-soignants pour la population a quelque peu décliné.¹⁸

Une certaine extension de la formation peut être obtenue grâce au jumelage entre les écoles de médecine des pays développés et des pays en voie de développement (voir « Partenariats » plus bas).¹⁹ Cette formation pourrait comprendre des cours à court terme qui sont susceptibles d'améliorer la qualité du personnel dans les pays en voie de développement, tout en s'assurant de leur retour au pays. Une formation avancée peut aussi être dispensée dans les pays développés plutôt que dans les pays en voie de développement. Par ailleurs, certains frais seraient à charge du pays d'origine.

La perte de professionnels dans des domaines clés a incité certains pays en voie de développement à demander une compensation car ils estiment subventionner le monde développé. Cependant, la mise en œuvre d'une telle politique serait problématique : en effet, toutes les formations ne sont pas financées par le gouvernement, certaines sont financées par des organismes privés ou par les migrants, ou par leurs familles elles-mêmes. La charge administrative liée à l'évaluation des pertes et à la collecte des compensations risque aussi d'être démesurée, et toutes les pertes ne proviennent pas des pays en voie de développement vers les pays développés. Par conséquent, il a été suggéré que les pays développés contribuent à un fonds de réinvestissement volontaire pour l'éducation visant à étendre la formation dans les pays en voie de développement.²⁰ Au lieu de compenser directement les pertes engendrées par la migration, cela contribuerait à étendre le réservoir de compétences dans le pays d'origine.

- b) **Etendre la formation pour le marché local** Cela soulève la question de savoir quelles sont les formations qui sont les plus appropriées aux besoins locaux. En effet, les professionnels de la santé hautement qualifiés, qui ne peuvent utiliser leurs compétences de manière productive que dans des hôpitaux modernes, ne sont peut-être pas les personnes les plus indiquées dans les régions dotées de peu d'équipement modernes. Les programmes qui consistent à former un grand nombre de personnes aux compétences de base peuvent s'avérer être une meilleure manière de concrétiser les OMD que simplement s'axer sur une formation coûteuse qui ne peut être utilisée que dans les zones urbaines. Même dans des régions à forte concentration de personnes atteinte par le virus HIV / SIDA, les professionnels de la santé ayant des compétences médicales de base peuvent faire la différence. Il est probable que les centres de formation qui enseignent des compétences de base suscitent un grand succès s'ils se situent dans de petites villes de régions plus reculées du pays, et s'ils engagent de jeunes recrues au niveau local. Les diplômés de ces centres sont moins susceptibles d'entrer sur le marché international, et donc de partir à l'étranger. Toutefois, il convient de toujours prévoir un moyen pour que ces personnes formées puissent mettre leurs compétences à jour et évitent d'être bloquées de façon permanente dans un système de distribution de soins de catégorie inférieure.
- c) **Etendre la formation aux marchés mondiaux.** Aux Philippines et en Inde, le personnel médical est spécialement formé aux marchés étrangers, pour que les pays puissent bénéficier des transferts de fonds. Dans ces cas, l'« exportation » de professionnels de la santé, particulièrement en ce qui concerne les aides-soignants et les médecins, fait partie d'une plus large stratégie qui vise à envoyer les travailleurs à l'étranger. Par exemple, près de 934 000 travailleurs ont quitté les Philippines en 2004 et il a été estimé que 3,6 millions de travailleurs étrangers étaient temporairement à l'étranger à la fin de cette année, en plus des 3,2 millions de migrants étrangers.²¹ Actuellement, entre 8000 et 9000 aides-soignants quittent les Philippines chaque année, pourtant, l'ensemble du pays génère plus d'aides-soignants qu'il n'en a besoin.²² Environ 85 % des formations se déroulent dans des institutions privées, qui ont plus que doublé en nombre pour répondre à la demande étrangère entre 2000 et 2005. Cependant, le fait d'assurer la qualité de cette formation est devenu un thème important.
- d) **Des politiques qui ont un impact sur la distribution interne.** Un important défi pour les pays d'origine est de savoir comment attirer les professionnels de la santé dans les régions qui en ont le plus besoin : les régions rurales et les agglomérations urbaines marginales. Comme suggéré plus haut,

le recrutement et la formation de personnel au sein de ces régions marginalisées peut être une manière d'améliorer la situation : les médecins issus de zones urbaines riches sont peu susceptibles de vouloir s'installer dans des régions qu'ils ne connaissent pas et qui disposent de peu d'équipements. Ainsi, la décentralisation du recrutement doit être une priorité. Divers programmes ont été mis à l'essai pour encourager les professionnels de la santé formés en zone urbaine à s'établir dans des zones rurales. D'ailleurs, un système de suppléments salariaux pour les médecins qui déménagent dans des régions rurales, via une aide des Pays-Bas pour la province occidentale de Zambie, a été si fructueux que, pendant au moins un certain temps, il y eut un manque de jeunes médecins dans la capitale, Lusaka.²³ La durabilité de ce genre de programme est une considération importante.

e) Des politiques qui visent à améliorer les salaires et les conditions. L'une des principales raisons pour lesquelles les professionnels de la santé quittent leurs pays en voie de développement est l'insatisfaction quant aux salaires et aux conditions de travail (voir tableau ci-dessus). De quelle manière ces pays peuvent-ils retenir les professionnels de la santé qu'ils ont formés ? La réponse est simple, il suffit d'augmenter les salaires et d'améliorer ces conditions, cependant, les pays dont le budget est limité ou qui subissent des ajustements structurels, n'ont que peu de marge de manœuvre. Cependant, les pays comme le Ghana ont tenté des plans partiels, comme le fait d'accorder aux médecins des plans avantageux pour la location/l'achat de voitures et un accès préférentiel au prêt au logement pour l'ensemble du personnel médical. De telles mesures peuvent susciter un certain ressentiment parmi ceux qui n'ont pas le droit de participer à ces plans. Par ailleurs, l'amélioration des salaires et des conditions pour les professionnels du secteur public de la santé est plus susceptible d'être fructueuse si elle fait partie d'une plus large réforme du service public, plutôt que de faire « cavalier seul ». Une alternative serait de permettre aux professionnels de la santé du secteur public d'augmenter leurs salaires en participant à une activité du secteur privé. En effet, les secteurs publics et privés pourraient se soutenir mutuellement, bien qu'une surveillance et une rédaction attentive des contrats soient nécessaires pour empêcher la deuxième catégorie d'amoindrir la première.

f) Des politiques visant à limiter le mouvement des migrants potentiels. Certains pays d'origine pourraient tenter d'arrêter directement l'émigration des professionnels de la santé, bien que très peu le font. En effet, des entraves à la migration peuvent pousser les migrants potentiels vers des réseaux irréguliers et peuvent entraîner des pertes de compétences et l'exploitation. De même, ces politiques transgressent aussi les libertés de mouvement des personnes, bien que ces droits doivent être contrebalancés par rapport aux droits des membres moins privilégiés de la même société à recevoir des soins médicaux de base. Des mesures plus indirectes, comme le *bonding*, qui consiste à ce que les jeunes diplômés consacrent plusieurs années de service en échange de leur formation, ont été largement utilisées dans le monde en voie de développement. Au Ghana, les médecins doivent consacrer cinq années de service à leur pays afin de couvrir les frais de leur formation ou ils doivent s'acquitter d'une amende s'ils n'obtempèrent pas. Cependant, l'inflation et la dépréciation de la devise réduisent le coût réel de l'amende et, par conséquent, ses effets de dissuasion. Des pays développés, comme Singapour, conservent aussi des liens comme condition préalable pour que les diplômés en médecine se rendent à l'étranger pour recevoir davantage de formation, tout en étant subventionnés par le gouvernement.²⁴ Dans certaines situations, une application minutieuse du *bonding* peut contribuer à faciliter les services des jeunes diplômés dans des zones rurales, et fait partie d'une plus large stratégie d'expansion de la formation, afin de conserver, au moins à court terme, une plus grande proportion des personnes formées.

g) Des politiques qui encouragent le retour et l'implication de la diaspora. Des politiques peuvent être conçues pour encourager le retour de ceux qui ont quitté le pays pendant des courtes périodes ou des périodes plus longues, et elles peuvent être promues de manière bilatérale ou multilatérale. Un exemple de cette dernière catégorie est le programme MIDA (Migration pour le développement en Afrique) de l'OIM.²⁵ Ce genre de programme a tendance à être onéreux et à ne toucher qu'un nombre

relativement restreint de personnes, par exemple, seuls 40 médecins, aides-soignants et professionnels de la santé publique ghanéens et un professionnel ICT ont mené des missions de retour depuis le R-U et les Pays-Bas vers le Ghana pendant les 2 ans et demi de durée du projet. En outre, ces programmes n'ont peut-être pas encore eu assez de temps pour atteindre leur plein potentiel.²⁶ L'expérience des professionnels de la santé qui travaillent dans des pays développés n'est peut-être pas adaptée aux besoins spécifiques d'un pays en voie de développement. Les questions de la rémunération et de la durée du service devraient aussi être abordées, tout comme le statut juridique et le statut fiscal. Cependant, ces mesures peuvent se révéler onéreuses et peuvent susciter du ressentiment parmi ceux qui sont restés au pays, ou peuvent aussi servir de facteur d'incitation à un nouvel exode.

Pays de destination

Les politiques appliquées dans les pays de destination sont principalement conçues pour avoir un effet sur la demande en travailleurs étrangers. Ces politiques ont tendance à se répartir en deux catégories générales : la formation et la gestion de l'importation de personnes qualifiées. Cependant, on accorde aussi de plus en plus d'attention au renforcement des capacités sectorielles visées.

- a) **Formation.** La demande en migrants qualifiés en général et en professionnels de la santé en particulier devrait croître, étant donné le vieillissement des sociétés des pays développés. Une réponse politique est d'augmenter le nombre de stagiaires dans des secteurs qui sont susceptibles de connaître une pénurie, et d'améliorer le salaire et les conditions afin d'inciter plus de personnes à choisir cette formation, y compris les rapatriés issus d'autres secteurs. Le fait d'augmenter l'offre locale peut soulager la dépendance envers les sources externes. Cependant, l'annonce d'une éventuelle amélioration des conditions de travail et salariales est susceptible d'être rapidement diffusée dans les pays d'origine, en mettant encore plus l'accent sur les différences de revenu entre les pays d'origine et de destination et en stimulant potentiellement encore plus la migration. Par conséquent, les politiques qui visent à améliorer les conditions pour les travailleurs locaux et à réduire la dépendance à l'égard des migrants peuvent avoir l'effet inverse, qui consiste à encourager davantage la migration. Néanmoins, l'augmentation de l'offre en professionnels de la santé qui sont formés dans des pays développés doit contribuer à réduire l'admission de personnes étrangères.
- b) **Des interventions directes en matière de politique migratoire.** Les pratiques de recrutement éthique, qui sont utilisées par les pays développés pour décourager l'embauche de professionnels de la santé dans des pays en voie de développement, sont une manière d'entraver le mouvement d'aides-soignants et de médecins. Le Service national de la santé au Royaume-Uni (NHS), par exemple, a limité son recrutement actif de personnes provenant de plus de 150 pays en voie de développement. Le Commonwealth a mis au point un code de recrutement similaire. L'efficacité de cette politique est toujours en cours de révision, cependant, plusieurs inquiétudes ont été émises.²⁷ Plus importante encore, les restrictions ne sont pas obligatoires pour le secteur privé pour la plus grande partie. Le *Foreign Employment Act* des Pays-Bas restreint aussi le recrutement d'aides-soignants issus de pays en voie de développement. Si des codes de pratiques similaires ne sont pas mis en œuvre par tous les principaux pays développés, le résultat peut être un simple changement de destination. Une plus grande inquiétude concerne le fait d'entraver la mobilité ou le libre arbitre des professionnels de la santé, ce qui peut encourager les migrants potentiels à avoir recours à des voies irrégulières afin d'accéder aux marchés de l'emploi plus riches. Les codes de pratique ont aussi un côté positif puisqu'ils attirent l'attention au niveau international sur l'impact de la fuite des cerveaux sur la prestation de soins de santé dans les pays en voie de développement. Par conséquent, ils pourraient indirectement entraîner la mise en œuvre d'autres

mesures dans les pays d'origine et de destination, dans le but de s'assurer que la plupart des personnes qualifiées requises sont retenues ou remplacées dans le pays d'origine.

Partenariats

Il semble peu probable que les simples politiques et programmes mis en œuvre, dans des pays d'origine ou de destination, se révèlent suffisants. En effet, des approches conjointes sont nécessaires si l'on veut gérer le mouvement des personnes qualifiées pour qu'il soit bénéfique à tous.

- (a) **Programmes de soutien conjoints :** Une telle collaboration est illustrée par les accords de gouvernement à gouvernement, entre les pays africains et Cuba, qui visent à envoyer des médecins et des aides-soignants dans des zones rurales, ou par des fondations comme la Fondation Clinton, qui a pour but de financer des aides-soignants pour se rendre en Namibie depuis le Kenya. Cuba a, par exemple, envoyé plus de 67 000 professionnels de la santé dans 94 pays depuis 1960, bien que ces « brigades médicales » illustrent une forme spéciale de coopération technique Sud-Sud, qui se base sur les importants investissements du gouvernement cubain dans l'éducation médicale de qualité et dans la production de surplus de travailleurs à l'étranger en tant que soutien à l'assistance.²⁸ Par ailleurs, les mouvements de pays développés vers les pays en voie de développement sont facilités par des organisations non gouvernementales, comme Médecins sans Frontières, qui met actuellement sur pied plus de 3 400 missions médicales dans près de 70 pays, et ce, chaque année. Ces mouvements du personnel médical sont souvent à court terme ou circulaires. Leurs cadres peuvent être bilatéral ou multilatéral, et ils peuvent être financés tant par des donateurs publics que privés, comme la Fondation Gates ou la Fondation Clinton. Parmi ces programmes, on peut citer celui entre les Pays-Bas et la Zambie, mentionné plus haut, qui vise à compléter le salaire des médecins dans les régions rurales. Le gouvernement britannique a aussi collaboré avec le gouvernement du Malawi afin d'établir un programme de réforme du secteur de la santé du Malawi sur six ans, en collaboration avec d'autres acteurs, comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. L'objectif est d'augmenter la rémunération des professionnels de la santé, de créer des incitations à travailler dans des zones rurales, de récupérer les professionnels qui vivent à l'étranger, et de renforcer la capacité de formation locale. D'autres programmes de soutien aux secteurs de la santé et de l'éducation sont en cours au Ghana, en RDC et dans les pays des Caraïbes. Ils sont financés par les Pays-Bas, le Canada, les Etats-Unis, la Belgique et d'autres pays.
- (b) **Ententes jumelées :** Les ententes jumelées entre institutions dans les pays développés et en voie de développement peuvent contribuer à promouvoir des centres d'excellence dans les pays d'origine, via l'affectation de personnel et de courtes formations. Par exemple, plusieurs gouvernements (par exemple l'Australie et la Norvège) proposent des bourses aux étudiants du secteur médical, mais aussi dans d'autres domaines de compétences clés. Parfois, ces plans obligent les étudiants à rentrer dans leur pays d'origine pour exercer après leur formation.
- (c) **Approches multilatérales :** Au niveau multilatéral, l'Alliance mondiale des professions de la santé (AMPS), un partenariat géré par l'Organisation Mondiale de la Santé, propose un forum pour les gouvernements, les ONG, les organisations internationales, les donateurs, les institutions académiques, les associations professionnelles et les travailleurs, afin de rechercher des solutions à la « crise » actuelle de la main d'œuvre médicale.²⁸ Ce partenariat ne propose pas seulement un forum de dialogue entre les divers acteurs pour accorder une plus grande importance à ces thèmes, mais aussi un travail de création de définitions et de normes communes et d'un système commun de collecte et de partage de données, soit des éléments indispensables pour obtenir de meilleures solutions. L'Union Européenne a également développé un programme d'action pour s'attaquer aux pénuries critiques de travailleurs de la santé qui reconnaît le besoin d'une meilleure coordination et alignement entre les donateurs et la société civile pour soutenir les réponses au niveau national. Alors que les partenariats à l'échelle mondiale sont les bienvenus, la collaboration régionale, est, elle aussi, plus susceptible de

fournir des terrains d'entente initiaux pour les groupes de pays qui rencontrent des problèmes communs. Cependant, de manière plus réaliste, les regroupements d'acteurs bilatéraux, comme on l'a vu au Malawi, seront plus enclins à proposer des exemples de « meilleures pratiques » en répondant à des problèmes spécifiques dans des lieux particuliers.

Enseignements

Trois enseignements clairs ont été tirés des récentes recherches sur la migration des professionnels de la santé des pays en voie de développement vers les pays développés.

- 1) La migration n'est pas la cause principale, mais seulement un des nombreux facteurs, de toute désintégration des services médicaux de base ou de toute détérioration de la santé dans les pays en voie de développement. Par conséquent, le fait de se concentrer uniquement sur la migration pourrait entraîner une vision déformée des événements.
- 2) Les mouvements de professionnels de la santé ne vont pas ralentir avec l'augmentation des niveaux de développement : les pays développés, connaissent, eux aussi, le phénomène de circulation des médecins et des aides-soignants.
- 3) Les politiques et les programmes visant à améliorer les ressources humaines dans les pays en voie de développement doivent être basés sur la concertation, et inclure la gestion du mouvement des professionnels de la santé comme une composante à part entière. Cette gestion devrait garantir un déploiement suffisant du personnel là où on en a le plus besoin, au lieu de restreindre la migration du personnel médical.

Pour réaliser cet objectif, il convient de se concentrer davantage sur la formation, afin d'augmenter le nombre et la qualité du personnel disponible, mais aussi sur la pertinence de la formation. Cette insistance réintroduit l'importance des compétences dans le secteur de la santé mais aussi dans d'autres secteurs. En effet, l'éducation et les enseignants sont primordiaux pour l'amélioration de la formation. Par ailleurs, certains centres d'excellence apparaissent dans des régions situées hors du monde développé traditionnel, une tendance qui devrait se poursuivre. Les centres régionaux en Afrique, en Asie et en Amérique latine devraient créer les compétences nécessaires, non seulement dans leurs propres régions, mais aussi dans le monde. En d'autres termes, promouvoir la formation aux normes internationales.

Les politiques et les programmes qui dépassent la simple formation ont été testés pour atteindre ces objectifs, certains étaient clairement plus efficaces que d'autres. Par exemple, le fait de faire obstacle au mouvement s'est révélé inefficace et contreproductif. Par contre, les tentatives d'amélioration des salaires et des conditions pour le personnel se déplaçant vers les zones rurales semblent avoir obtenu un certain succès sur le court terme, mais leur durabilité sur un plus long terme reste à prouver. Les partenariats entre divers acteurs, tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement, semblent être une méthode productive pour la mise en œuvre de programmes qui obtiendront des résultats positifs.

Avenir et résultats possibles de la discussion de la table-ronde

Sur base de témoignage et d'études de cas, plusieurs résultats pourront être possibles suite à la discussion de la table-ronde.

1. A la lumière des leçons tirées, un accord pour développer une matrice d'interventions politiques de bonne pratique à laquelle les états peuvent faire appel. En particulier, le témoignage doit être renforcé sur les politiques de déploiement et de dissuasion.

2. Le tableau suivant fournit une illustration de certaines des options qui peuvent être prises en compte. Des interventions devront être sélectionnées selon le contexte spécifique dans un pays. Les options politiques devront être considérées et conçues en tenant compte des besoins spécifiques liées au genre.

Pays d'origine	Pays de destination	Partenariats
Objectif : Augmenter l'offre de travailleurs qualifiés	Objectif : Réduire la demande en travailleurs qualifiés étrangers	Objectif : Se soutenir mutuellement via des interventions mutuellement bénéfiques
<u>Options politiques</u> 1. Formation <ul style="list-style-type: none"> • Etendre les programmes existants • Etendre la formation pour le marché local uniquement • Etendre la formation en vue d'une exportation 2. Redistribution interne 3. Améliorer la rémunération et les conditions 4. Restreindre le mouvement de migrants potentiels 5. Encourager le retour et la participation de la diaspora	<u>Options politiques</u> 2. Formation locale 3. Restreindre le recrutement de personnes venant de l'étranger	<u>Options politiques</u> 1. Programmes de soutien conjoints. Par exemple, en renforçant la capacité des systèmes de santé et en allouant du personnel temporaire 2. Ententes jumelées pour la formation et la migration circulaire 3. Approches multilatérales – Alliance mondiale des professionnels de la santé/OMS

3. Une évaluation des leçons tirées initiales de codes pratiques sur le recrutement de travailleurs de la santé comme un outil de gestion de la migration.

4. Identification des éléments principaux des stratégies de ressources humaines pour les pays d'origine et meilleure pratique pour les donateurs pour soutenir de telles stratégies.

5. Une évaluation sur quelles leçons tirées pourrait être applicable à d'autres secteurs de la migration hautement qualifiée.

(Juin 2007)

Index

¹ D. Kapur and J. McHale, *Give Us Your Best and Brightest: The Global Hunt for Talent and Its Impact on the Developing World*, Washington, Center for Global Development, 2005.

² See M. I. Abella (ed.), Turning points in labor migration, *Asian and Pacific Migration Journal*, 3(1), 1994, special issue.

³ The World Bank finds that often skilled migrants remit less than unskilled ones. They may also have a smaller impact on poverty alleviation because many come from better-off households, so it is the potential investment of skills and resources targeted at human capital development that can distinguish the benefits of skilled migration from unskilled migration. See Ozden, Caglar and Maurice Schiff, 2006, *International Migration, Remittances, and the Brain Drain*, World Bank, Washington DC.

⁴ The issue of the brain drain is not new, dating from the 1960s and the migration of scientists from the UK to the United States but it has recently become a major policy issue in the migration and development debate. See, for example, Ç. Özden and M. Schiff (eds.), *International Migration, Remittances and the Brain Drain*, Washington, World Bank, 2006; S. Commander, M. Kangasniemi and L. A. Winters, The brain drain: curse of boon? A survey of

the literature, in R. Baldwin and L. A. Winters (eds.), *Challenges to Globalization*, Chicago, University of Chicago Press, 2004; and *Migration and Development: How to Make Migration Work for Poverty Reduction*, London, House of Commons International Development Committee, Sixth Report of Session 2003-04, 2004, pp. 27-29.

⁵ L. Auriol and J. Sexton, Human resources in science and technology: measurement issues and international mobility, in *International Mobility of the Highly Skilled*, Paris, OECD, 2002, pp. 13-38.

⁶ *Working Together for Health: The World Health Report 2006*, Geneva, World Health Organization, 2006, chapter 1.

⁷ Cited in S. Bach, International migration of health workers: labour and social issues, Geneva, International Labour Office, Sectoral Activities Programme, Working Paper 209, 2003. See also, J. Buchan, T. Parkin and J. Sochalski, *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications*, Geneva, World Health Organization, 2003.

⁸ *The World Health Report 2006*, Geneva, World Health Organization, 2006, p. 100.

⁹ Cited in S. Bach, International migration of health workers: labour and social issues, Geneva, International Labour Office, Sectoral Activities Programme, Working Paper 209, 2003.

¹⁰ See M. Clemens, Do visas kill? Health effects of African health professional emigration, Washington, Center for Global Development, Working paper No. 114, 2007. The soon-to-be released results of research of health workers moving to OECD countries will also show lower than anticipated impacts of the migration on countries of origin.

¹¹ F. Docquier and A. Marfouk, International migration by educational attainment, 1990-2000, in Ç. Özden and M. Schiff (eds.), *International Migration, Remittances and the Brain Drain*, Washington, World Bank, 2006, p. 175.

¹² F. Nyonator and D. Dovlo, The health of the nation and the brain drain in the health sector, in T. Manuh (ed.), *At Home in the World? International Migration and Development in Contemporary Ghana and West Africa*, Accra, Sub-Saharan Publishers, 2005, p. 229.

¹³ The international mobility of health professionals: an evaluation and analysis based on the case of South Africa, in *Trends in International Migration*, Paris, OECD, 2003, pp. 116-151.

¹⁴ Manolo Abella, 2006, "Global Competition for Skilled Workers and Consequences" in *Competing for Global Talent* (eds Kuptsch and Pang), International Institute for Labour Studies, ILO, Geneva).

¹⁵ See the World Bank's *Global Economic Prospects 2006* report.

¹⁶ Cited in A. Adepoju, Patterns of migration in West Africa, in T. Manuh (ed.), *At Home in the World? International Migration and Development in Contemporary Ghana and West Africa*, Accra, Sub-Saharan Publishers, 2005, p. 39.

¹⁷ This idea is the foundation for a reinterpretation of the brain drain. See O. Stark, "Rethinking the brain drain", *World Development*, 32(1), 2003: 15-22.

¹⁸ F. Nyonator and D. Dovlo, The health of the nation and the brain drain in the health sector, in T. Manuh (ed.), *At Home in the World? International Migration and Development in Contemporary Ghana and West Africa*, Accra, Sub-Saharan Publishers, 2005, p. 229.

¹⁹ See, for example, C. Farthing, H. Lu, W. Xu, D. Lui and Y. Cao, Training doctors in developing countries - a twinning project between AIDS Healthcare Foundation (ARF), Los Angeles, and the Shanghai Public Health Center (SPHC) yields results and provides a model, Amsterdam, AIDS Healthcare Foundation, 2006.

²⁰ *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, Cambridge, Harvard University, Joint Learning Initiative, 2004.

²¹ S. Go, Recent trends in international movements and policies: the Philippines 2005, paper presented at the workshop on International Migration and the Labour Market in Asia, Tokyo, Japan Institute for Labour Policy and Training and the OECD, 17 February, 2006.

²² K. Acacio, Producing the "world-class" nurse: the Philippine system of nursing education and supply, presentation made at the workshop on Mobility, Training and the Global Supply of Health Workers, Development Research Centre on Globalisation, Migration and Poverty, University of Sussex, 16-17 May, 2007.

²³ S. Tyson, Human resources for health: ignorance-based policy trends, presentation made at the workshop on Mobility, Training and the Global Supply of Health Workers, Development Research Centre on Globalisation, Migration and Poverty, University of Sussex, 16-17 May, 2007.

²⁴ Medical Research Council of Singapore, see www.nmrc.gov.sg/homepage1/fellowship.htm

²⁵ MIDA, *Mobilizing the African Diasporas for the Development of Africa*, Geneva, International Organization for Migration, 2004.

²⁶ See L. D. Long and K. Mensah, MIDA Ghana health project evaluation: London, Netherlands and Accra, Accra, a report for the Royal Dutch Embassy, Accra, IOM and Ghana Ministry of Health, 2007.

²⁷ See, for example, K. Mensah, M. Mackintosh and L. Henry, *The "Skills Drain" of Health Professionals from the Developing World: A Framework for Policy Formulation*, London, MEDACT, 2005.

²⁷ See Médecins Sans Frontières, Malawi's emergency human resources plan: a ray of hope?, 2007, at www.msf.org/msfinternational

²⁸ See www.ghwa.org

²⁸ *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, Cambridge, Harvard University, Joint Learning Initiative, 2004, p. 110.