

Émigration des personnels de santé vers les pays à haut revenus: un nouveau défi dans la lutte contre le VIH/SIDA

Mai 2006



1, rue Nicholas, bureau 726, Ottawa (ON) K1N 7B7
Téléphone : (613) 233 7440 • Téléc. : (613) 233 8361
Courriel : info@icad-cisd.com • Site Web: www.icad-cisd.com

Contexte

La lutte contre le sida, ces dernières années, s'est particulièrement concentrée sur la question de l'accès à des financements et à des traitements, notamment les anti-rétroviraux. Si la situation s'est notablement améliorée sur ce plan, les pays en développement font face à un autre défi, aussi important que l'accès aux médicaments : la pénurie de ressources humaines nécessaires à la dispensation des soins.

La crise du personnel de santé dans les pays du Sud est essentiellement due à plusieurs décennies de sous investissement dans le secteur de la santé ainsi qu'aux réformes sectorielles visant à limiter les recrutements et les salaires des agents gouvernementaux. Elle est aujourd'hui renforcée par l'émigration grandissante de ce personnel.

Selon le Bureau International du Travail, 77 millions de personnes vivent et travaillent actuellement hors de leur pays d'origine, soit plus du double qu'en 1975. L'augmentation du nombre de travailleurs migrants a un impact important sur les pays en développement (PED) car il est souvent synonyme pour eux de la perte des citoyens les mieux formés. Les professionnels de la santé ne représentent pas la plus grande proportion des migrants qualifiés, mais le départ de ces infirmiers, médecins, psychologues, techniciens de laboratoire et pharmaciens n'en constitue pas moins une menace réelle pour les systèmes de santé des pays en développement, dont les capacités sont déjà fortement affaiblies par le poids du VIH/sida.

C'est sur le continent Africain que la perte d'agents de santé est la plus massive. La Commission Économique des Nations Unies pour l'Afrique et l'Organisation Internationale pour la Migration (OIM) estiment que, depuis 1990, 20 000 Africains émigrent chaque année vers des pays à haut revenu. En Zambie, au Zimbabwe et au Ghana, plus de 50% des étudiants en médecine récemment diplômés ont

soit déjà émigré, soit se préparent à le faire. Selon le Ministère kenyan de la santé, seuls 10 % des 6 000 médecins formés dans les hôpitaux publics chaque année restent pour exercer dans leur pays. Un constat alarmant quand on sait que ce continent est le plus frappé par la pandémie du VIH/sida. Mais le problème ne se confine pas qu'à l'Afrique: les Caraïbes, l'Asie du Sud et du Sud-est et certains pays d'Amérique du Sud souffrent aussi d'une importante fuite des cerveaux.

L'objectif de ce feuillet d'information est d'examiner quelques uns des points essentiels liés à ce problème de fuite des cerveaux des personnels de santé dans le contexte de la pandémie du VIH/sida, en terme de causes et d'effets. Il s'agira également d'examiner les approches envisagées pour répondre à ce problème et les solutions éventuelles pour une gestion de la migration internationale moins préjudiciable aux systèmes sanitaires des pays en développement.

1. Des causes multiples, ici et là-bas

1.1 Pays de destination: situation et attractivité

La migration des agents de santé est avant tout créée par la demande, elle-même liée à la pénurie de travailleurs dans les pays à hauts revenus, qui mettent dès lors en place des stratégies de recrutement à l'étranger.

Autrefois, l'émigration empruntait des itinéraires correspondant aux liens linguistiques ou métropole/ ex-colonie, mais la donne a quelque peu évolué et, mis à part le Royaume Uni, les plus grands "importateurs" de main d'oeuvre en matière de santé ne sont pas aujourd'hui des ex-métropoles : les Etats-Unis, le Canada, la Nouvelle-Zélande et l'Australie.

La pénurie d'agents de santé dans les pays à hauts revenus a deux causes principales. La première est

la mauvaise planification des besoins par les systèmes de santé des pays industrialisés. Même si le problème des nombreux postes trop bas a longtemps été dénoncé par les professionnels de la santé eux-mêmes, les mesures gouvernementales se sont avérées incapables, durant la dernière décennie, d'atteindre le niveau requis d'agents diplômés et les conséquences s'en font sentir aujourd'hui.

Parallèlement, les populations de ces pays ne cessent de vieillir, ce qui entraîne une augmentation sans précédent des besoins en soins de santé et en prise en charge sur le long terme. On estime par exemple que la Grande Bretagne va devoir pratiquement doubler le nombre de ses infirmiers d'ici à 2008 et que les USA auront besoin d'un million d'infirmières de plus d'ici à 2010.

La deuxième raison est que, dans la plupart des ces pays, les professionnels de santé nationaux émigrent eux aussi, vers d'autres pays offrant des conditions de travail et de rémunérations plus intéressantes. Par exemple, le Canada, qui recrute activement des médecins et des infirmières à l'étranger (particulièrement pour combler les postes vacants dans les régions rurales), assiste aussi, tous les ans, à la fuite de ses médecins formés au Canada vers les Etats-Unis. Ceux-ci, comme leurs collègues britanniques, sont attirés par les niveaux plus élevés de revenus au USA, où le régime d'imposition est beaucoup plus avantageux. Les infirmières canadiennes ont aussi tendance, soit à migrer, soit tout simplement à changer de métier tant leurs conditions de travail sont jugées difficiles.

Même quand ils restent, les agents nationaux rechignent généralement à travailler dans les zones rurales, ou ils fuient certaines spécialisations et ce sont généralement les agents d'origine étrangère qui combler les postes ainsi refusés. Ils y sont parfois encouragés par des avantages spécifiques: aux Etats Unis et au Canada par exemple, les travailleurs migrants peuvent obtenir plus facilement leur statut de résident permanent en échange d'un engagement à exercer dans les zones rurales reculées.

Pour combler le fossé grandissant entre les besoins et le personnel disponible, les pays à hauts revenus

ont mis en place des stratégies d'attraction, notamment à travers les agences privées de recrutement et les nouvelles technologies de communication qui permettent de toucher une plus grande palette d'agents, plus rapidement.

L'existence de cette demande a un impact significatif sur la prise de décision d'émigrer des travailleurs dans les pays en développement, qui ne manquent pas d'être attirés par les plus hauts salaires et les meilleures conditions de travail que peuvent leur offrir les pays au Nord. Les disparités dans le niveau des salaires peuvent être considérables. Ainsi un médecin ou une infirmière gagne 25 fois plus au Canada que s'il exerce en Zambie.

En ce qui concerne les conditions de travail, s'il arrive bien souvent que les travailleurs migrants aient un statut moins intéressant que leurs collègues formés dans le pays d'accueil, il existe toutefois des avantages qu'ils ne trouvaient pas dans leur pays d'origine: possibilité de développement professionnel continu et de promotions, formation continue, opportunités de recherche et de publication.

Étude de cas: le Canada

Selon le rapport 2006 sur la santé dans le monde de l'OMS, le Canada a actuellement besoin de 16 000 infirmiers et ce besoin s'élèvera à 113 000 en 2011. Or le pays ne forme pas suffisamment de professionnels pour répondre à ses besoins. Il pallie à ce manque en débauchant à l'international. Jusqu'à 45% des médecins qui exercent dans certaines provinces canadiennes, comme le Saskatchewan, ont été formés à l'étranger. Ainsi, l'Afrique du Sud, dont en 1998, 1338 médecins avaient migré au Canada, a été jusqu'à lancer un appel aux ministres canadiens de la Santé afin qu'ils cessent de recruter sur son territoire. Depuis, les ministères de la santé des deux pays ont engagé une collaboration plus étroite et prévoient actuellement la mise sur pied d'un système d'échange d'agents de santé autour de problématiques spécifiques. Mais malgré une volonté récente d'améliorer la gestion de la main d'œuvre de la santé formée à l'étranger, la situation canadienne reste complexe: son système de santé n'est pas géré nationalement mais au niveau des provinces, ce qui rend difficile

l'adoption de lois nationales en matière de recrutement international. Par ailleurs, le processus de validation des diplômes étrangers est très compliqué, long et coûteux, et il est différent pour chaque province. On se retrouve dès lors face à une situation contradictoire : alors que le Canada, à l'étranger, mène une campagne d'appel à l'immigration pour les étrangers hautement qualifiés, les médecins et autres agents de santé migrants ont beaucoup de difficultés à exercer dans plusieurs provinces canadiennes, une fois sur place et sont bien souvent forcés d'exercer d'autres métiers. Le Canada « enlève » donc leurs agents de santé à des pays qui en manquent cruellement, sans pour autant parvenir à satisfaire ses besoins en main d'œuvre chez elle.

Un manque à gagner d'autant plus important que les différentes communautés de migrants vivant au Canada expriment aujourd'hui le besoin de services de santé culturellement appropriés (notamment en matière de VIH/sida) que des agents issus des même communautés pourraient fournir.

1.2 Crise du système de santé dans les pays en développement : un cercle vicieux.

Si la demande émanant des pays à haut revenu est un facteur incitatif indéniable pour les candidats à l'émigration, les raisons de leur départ sont aussi et surtout à trouver dans les conditions de vie et de travail dans les pays d'origine. De même, si la décision d'émigrer est essentiellement une décision personnelle, il est important de considérer le contexte social, économique et politique dans lequel cette décision se prend.

La tendance migratoire de chaque pays reflète des facteurs spécifiquement liés au contexte national, en terme de développement, d'accès aux services de base, de sécurité, etc. Dans le cas des agents de santé, elle est aussi très étroitement liée aux conditions d'exercice de leur métier et à leur niveau de rémunération. Plus ceux-ci sont mauvais, plus la tendance à migrer s'accroît, et moins les agents sont nombreux, plus le travail est lourd : il s'agit d'un véritable cercle vicieux.

Depuis plus de deux décennies, la Banque mondiale et le Fonds monétaire international ont

imposé aux pays en développement une réduction de l'investissement dans les ressources humaines. Cette politique a été un échec, et même si une certaine évolution commence à se faire jour, les conséquences ne s'en font pas moins sentir.

Le secteur de la santé est donc en crise profonde depuis plus d'une décennie dans les PED. L'absentéisme en est la manifestation la plus visible, conséquence de la baisse des salaires ou du pouvoir d'achat des fonctionnaires. Quand les salaires sont versés (ce qui n'est pas toujours garanti), ils ne permettent pas à l'agent de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille. D'autres facteurs macro-économiques aggravent la situation. Suite à la dévaluation du Franc CFA dans les pays d'Afrique centrale et de l'Ouest, certains pays, comme le Cameroun, ont ainsi vu les salaires baisser de 70 %, ce qui fait qu'un médecin vacataire débutant dans la fonction publique camerounaise gagne autant qu'une infirmière des Philippines, soit \$ 75/ mois.

Les agents de santé sont alors amenés à compléter leurs revenus par diverses activités: exercice dans le privé durant les heures de travail normalement réservées au service public, revente illicite de médicaments, participation à des réunions ou stages rémunérés par des organisations internationales. Au Cambodge par exemple, l'exercice privé représente jusqu'à 90 % du revenu des agents. Cet absentéisme affaiblit énormément la qualité et la quantité de soins prodigués par le secteur public et ont un coût très lourd pour les pays. Notons toutefois que le secteur privé est lui aussi touché par cette crise dans une certaine mesure : les travailleurs y souffrent souvent de salaires et de conditions de travail insatisfaisantes, étant donné que la grande majorité des malades n'ont pas les moyens de payer des soins privés.

Les agents de santé sont aussi fortement découragés par les mauvaises conditions de travail (absence ou vétusté du matériel, absence de formations continues), ainsi que par l'absence de mesures de sécurité et de traitement prophylactique en cas d'accident d'exposition au sang. Il faut ajouter à cela la corruption et les conditions opaques (clientélisme, népotisme) des carrières annulent tous les espoirs d'avancement. Enfin, de nombreux agents sont poussés à l'exil par l'effondrement de l'Etat de droit, comme au

Zimbabwe et le délitement de la loi, comme en Afrique du Sud, effondrement lui-même exacerbé par l'épidémie du VIH.

Lorsqu'ils le peuvent, les agents de santé cherchent à exercer dans le secteur des Institutions Internationales (onusiennes, CICR, etc) ou les ONG internationales ; mais de plus en plus souvent, ils se reconvertissent vers des métiers plus rentables et plus valorisants ou émigrent.

Les Philippines représentent un exemple intéressant de vivier de main d'oeuvre car il s'agit du pays qui exporte le plus d'infirmiers diplômés au monde. Ainsi, sur les 7000 infirmiers qui obtiennent leur diplôme chaque année, 70% émigrent vers des pays à plus hauts revenus. Dans le même temps, 30 000 postes restent vacants dans leur propre pays. Si ces départs massifs peuvent être considérés comme une importante source de revenus pour les Philippines, l'exode des agents de santé est une véritable catastrophe pour d'autres pays. Au Ghana 50 % des diplômés migrent au bout de 4,5 ans et 75 % au bout de 9,5 ans alors plus de 42 % des postes de médecins et plus de 25 % des postes d'infirmiers sont vacants.

Étude de cas : l'Afrique du Sud

Alors que l'Afrique du Sud est pour certains pays un véritable réservoir de personnel médical, dans ses campagnes, 80% des médecins sont étrangers car le pays a dû avoir recours, à son tour, à des migrants. Les agents sud-africains quittent le secteur public pour le secteur privé mais quittent aussi le pays. Depuis 1991, le nombre de départ d'infirmiers a été multiplié par huit, dont la moitié se sont rendus au Royaume-Uni. Une situation préoccupante quand on sait que le pays est en première ligne des nations touchées par le VIH/sida. Entre 1989 et 1997, ce sont plus de 23 300 Sud Africains qui ont quitté le pays pour aller s'installer en Grande Bretagne, aux Etats-Unis, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Le courant migratoire ne s'est pas affaibli ces 9 dernières années. Les agents de santé sud-africains sont particulièrement recherchés par ces pays, qui ont longtemps mené une politique active de recrutement. Suite à un appel pressant des autorités sud-africaines, la Grande Bretagne s'est engagée dans un processus de coopération interétatique : elle a ainsi signé un accord avec le

gouvernement sud africain pour mieux réguler la migration et permettre le retour au pays aux agents qui le souhaitent. Une initiative qui a l'air de porter ses fruits. Mais parallèlement, des agences de recrutement privées continuent de remplir les revues destinées aux soignants, d'offres d'emploi au Nord. Sans aucun contrôle.

2. Conséquence sur les systèmes de santé

Pour les tenants du paradigme de Washington, la migration de travailleurs est un composant positif de la mondialisation et de la libéralisation du secteur des services. Ceci parce que la plupart de ces travailleurs migrants envoient dans leur pays d'origine des sommes importantes à leurs familles et communautés grâce à leurs salaires substantiels. Mais pour l'Organisation Internationale de la Migration, le Bureau International du Travail et les agences de développement, ces retours d'argent n'annulent en rien les effets désastreux de l'émigration sur les services de santé, dans la mesure où les fonds renvoyés au pays ne sont pas injectés dans les systèmes de santé.

Les conséquences du transfert des personnels du Sud vers le Nord sont généralement négatives. Les systèmes de santé souffrent de la perte de leur personnel, qui conduit à une diminution de la quantité et de la qualité des soins fournis, à une moins bonne gestion des hôpitaux et centres de santé et à une déliquescence accrue du service public.

Ce phénomène a un coût très lourd à supporter pour les pays du Sud. Sur le plan strictement financier, il est estimé à au moins 4 milliards de dollars annuels pour le seul continent africain. Sur le plan humain, l'impact sur le renouvellement des agents de santé est également négatif, d'autant que ces agents sont confrontés à des capacités de formation insuffisantes. Il n'y a ainsi que 87 écoles de médecine dans les 47 pays que compte l'Afrique subsaharienne. Onze pays n'en possèdent pas et 24 seulement en ont une; de plus, aucune de ces écoles ne permet une formation complète.

Quand la formation est fournie par l'Etat, le départ des diplômés représente une grande perte en terme d'investissements publics. Etant donnée la durée

de la plupart des formations (médecins, pharmaciens, psychiatres), même la perte d'un petit nombre d'agents peut difficilement être compensée en peu de temps et la perte d'un seul médecin peut avoir un impact plus lourd que dans les pays à hauts revenus. Quand par exemple un institut canadien a recruté un des deux seuls anesthésistes du Boxburg Centre for Spinal Injuries à Johannesburg, en Afrique du Sud, le centre a dû fermer, faute d'un remplaçant.

Lorsqu'un collègue émigre, les agents de santé restants voient leur niveau de stress augmenter, car ils doivent faire face à la même quantité de travail avec une plus petite équipe. Dans certaines zones en Afrique, il n'y a plus que les humanitaires ou les travailleurs confessionnels qui fournissent les soins de santé primaires, tous les travailleurs publics ayant déserté vers la ville, l'étranger ou hors du secteur de la santé.

Dans le contexte de la pandémie du VIH/sida

La pandémie a augmenté la lourdeur de la tâche des agents de santé, dans un contexte que nous avons décrit plus haut de démotivation, où les risques d'accidents sont accrus. Les efforts déployés récemment pour mettre plus de patients sous traitement ARV, mais aussi la nécessité de prendre en charge certaines maladies chroniques liées au VIH (tuberculose, cancers) et d'introduire de nouvelles pratiques de soin (PTME, DOTS, gestion syndromique des IST...), tout cela requiert des agents de santé plus nombreux et plus efficaces. C'est donc au moment où les pays ont le plus besoin de mains d'œuvre qualifiée dans le secteur de la santé que celle-ci émigre en masse à l'étranger. Même les nombreuses initiatives locales de lutte contre le sida, alors qu'elles apportaient de nouveaux financements (Fond Global, 3by5 etc) n'ont fait qu'alourdir les tâches de gestionnaires déjà débordés, sans permettre de former ou embaucher suffisamment de nouveaux agents de santé.

La crise des ressources humaines de la santé dans les pays en développement est indéniablement aggravée par un taux de contamination souvent plus important parmi les personnels de santé. Le VIH/ sida est ainsi responsable de 19 % à 53 % des décès au sein des agents gouvernementaux dans les pays d'Afrique australe. Plus de la moitié

d'entre eux ont déjà été emportés par le VIH au Malawi. En Zambie, les décès d'infirmiers représentent à peu près 40 % des pertes de personnel formé. Si tous les pays ne souffrent pas à ce point des ravages de la maladie, la situation n'en demeure pas moins préoccupante. Peu sont les agents de santé bénéficiant de prophylaxie post exposition en cas de risque de contamination au VIH durant l'exercice de leur fonction. Plus rares sont ceux qui peuvent accéder à un traitement anti-rétroviral sur le long terme.

L'Ouganda est un « parfait » exemple de ce que la combinaison d'un fort taux de contamination au VIH et la fuite des cerveaux entraîne. Prenons le cas de la Makerere Medical School: sur les 77 médecins diplômés en 1984, 11 sont mort du sida, cinq se sont suicidés (apparemment par peur d'être séropositifs) et 19 sont partis à l'étranger. Seuls 36 médecins exercent encore en Ouganda. Dans ce pays, le nombre de médecins par habitants est passé de 1 pour 10 000 à 1 pour 24 700 aujourd'hui.

Sans une intégration prioritaire et cohérente de la question de la main d'œuvre dans tous les programmes de lutte contre le sida, cette situation ne fera qu'empirer dans les 57 pays dont l'OMS estime qu'ils souffrent d'une importante crise de main d'œuvre dans le secteur de la santé. 36 de ces pays sont sur le continent africain.

3. Scénarios de sortie de crise et recommandations

Pour atteindre les Objectifs du Millénaire sur le continent africain, les experts considèrent qu'il faudrait multiplier par trois le nombre d'agents de santé actuel. Dans le monde, c'est 4 millions d'agents qui sont nécessaires, selon l'OMS, pour répondre aux besoins de tous. Or, les analystes considèrent que la fuite des cerveaux dans le domaine de la santé va se poursuivre au même rythme, voire s'accroître. D'une part, les pays à hauts revenus vont voir leur population continuer à vieillir, sans qu'à ce jour aucune politique n'ait permis d'accroître le nombre d'agents de santé formés localement. D'autre part, la situation économique politico sociale de nombreux pays du Sud ne cesse d'empirer, poussant toujours plus de personnes sur le chemin de l'émigration et ce

malgré la construction de véritables citadelles sécuritaires au Nord.

Si la fuite des cerveaux ne peut être arrêtée dans le court terme, certaines mesures pourraient permettre de mieux la gérer, pour peu que la volonté existe et que les moyens nécessaires soient disponibles. Ces solutions ne doivent cependant pas venir des seuls pays bailleurs et s'imposer de manières verticales à leurs partenaires du Sud, mais doivent être décidées et appliquées en égale concertation.

3.1 Au sud : la nécessité de réformes structurelles pour une meilleure rétention

Pour garder leur main d'oeuvre qualifiée, les pays en développement ont besoin d'améliorer et leurs conditions d'exercice, et le niveau des revenus. L'amélioration des revenus des personnels de santé est également nécessaire pour rééquilibrer l'offre de soins, notamment dans les zones rurales désertées. L'exemple du Ghana, où la Banque mondiale a permis d'augmenter les salaires entre 15 % et 35 % pour favoriser l'implantation de personnels de santé dans les zones sinistrées pourrait être suivi par plus de pays.

Quant aux conditions d'exercice du personnel soignant, la valorisation et la reconnaissance de leur travail, mais aussi l'amélioration de leur prise en charge en cas de maladie pourrait inverser leur fuite du secteur de la santé ou du pays. L'amélioration des conditions de sécurité est prioritaire. Il s'agit d'acheter des gants, des poubelles, des produits désinfectants, de construire des incinérateurs pour les seringues et de garantir l'accès à une prophylaxie post-exposition et à une prise en charge thérapeutique en cas de contamination.

Sur le long terme, il est nécessaire d'inverser la tendance en matière de formation et plus largement d'éducation. L'éducation aux niveaux primaire et secondaire représente le vivier des futurs travailleurs de santé. Certains pays ont commencé à réagir, comme le Malawi, qui a mis en place des cours de rattrapage pour compenser les faiblesses de l'éducation du secondaire. Cela a permis d'accroître le nombre des inscriptions en médecine de 20 à 60 par an, favorisant ainsi le

recrutement local. L'accès aux études universitaires dans le domaine de la santé pourrait se fonder sur un dispositif qui obligerait le futur diplômé à travailler un nombre d'années donné dans son pays en contrepartie du financement de ses études, voire dans les campagnes l'année qui suit l'obtention du diplôme, comme cela est pratiqué notamment à Cuba. Il ne faut cependant pas oublier que les mesures contraignantes sont souvent contournées si elles ne sont pas accompagnées en même temps de mesures incitatives, comme des primes ou des avantages sociaux.

Dans le même sens, il faudrait envisager d'améliorer l'accès à l'enseignement à distance et aux téléconférences, notamment grâce à un soutien au niveau des techniques modernes de communication, et permettre la mise en commun des travaux et les publications régionales.

Sur le moyen terme, une réponse qui a déjà été adoptée par certains pays- notamment en zone rurale- pourrait être étendue et améliorée. Il s'agit de faire travailler du personnel de santé de substitution pour effectuer des tâches qui dépassent les limites qui leurs sont généralement fixées par leur formation. On constate ainsi que dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne confrontés au VIH/sida, de plus en plus d'infirmières et d'officiers de santé remplacent les médecins pour les soins de base. De même, certaines formations courtes permettent de préparer des agents de santé à remplacer des collègues plus diplômés, comme au Ghana où des médecins généralistes, après une formation de 18 mois, remplacent des spécialistes.

L'avantage avec ce système de substitution est qu'il freine l'émigration, ces diplômés intermédiaires n'étant pas reconnus internationalement. Ces formations moins longues sont aussi moins onéreuses et justifient un salaire un peu moins élevé. Enfin, dans la mesure où ils sont formés localement et très intégrés dans la communauté, ces substituts ont tendance à demeurer là où ils travaillent, y compris dans les zones rurales.

Enfin, pour faire face à la pénurie d'agents de santé, spécialement dans le contexte de la pandémie du sida, l'utilisation de travailleurs

communautaires ou de tradi-thérapeutes formés et encadrés pour les traitements basiques, déjà expérimentée avec succès dans certains pays, pourrait être généralisée. La formation de ces agents communautaire va généralement de quelques jours quelques mois. Cette substitution permet de libérer du temps pour le personnel de santé, plus qualifié, qui peut ainsi prendre en charge des activités plus techniques. De même, les associations de personnes malades qui se sont créées ces dernières années, notamment de personnes infectées par le VIH/ sida dans de nombreux pays, font un important travail de prévention, de suivi psychosocial et d'accompagnement à domicile. Il est nécessaire de les aider financièrement et de leur permettre d'accéder à des formations régulières et certifiantes.

3.2 Au nord: imposer des pratiques de recrutement éthique

Si l'augmentation des salaires peut ralentir l'émigration des personnels soignants, les politiques de recrutement des pays à hauts revenus doivent aussi être modifiées, car c'est d'elles dont dépend la demande. Dans de nombreux pays au Nord, le secteur de la santé relève encore de la responsabilité de l'Etat, et malgré la prolifération des agences de recrutement privées, plus difficilement contrôlables, c'est par des mesures étatique que les processus devrait commencer. Il est inadmissible qu'aujourd'hui encore des directeurs d'écoles et doyens d'universités d'Afrique reçoivent des primes des pays à hauts revenus pour les inciter à envoyer les nouveaux diplômés au Nord.

Par ailleurs, il est indispensable que les pays du Nord s'engagent à former plus d'agents de santé au niveau national, pour combler leurs déficits.

D'autres mesures pourraient être envisagées :

- Mise en place d'une charte de bonnes pratiques qui interdirait le recrutement de professionnels de la santé issus de pays en développement confrontés à une crise dans le secteur de la santé, en se basant par exemple sur une liste établie par l'OMS. Tous les pays membres du système des Nations Unies seraient tenus

de le signer et des sanctions variables pourraient être envisagées pour les pays ne respectant pas cette charte.

- Signature d'accords bilatéraux entre pays sources et pays destinataires de main d'œuvre de la santé stipulant par exemple que le pays à hauts revenus s'engage à ne pas recruter des agents n'ayant pas exercé un minimum d'années obligatoires dans leur pays d'origine.
- Mise en place de coopérations entre pays sources et pays destinataires qui permettent une re-circulation des compétences : financement de postes d'enseignants visiteurs ou de spécialistes « tournants » permettant aux agents de santé émigrés de revenir régulièrement dans leur pays d'origine, promotion de projets de recherche communs entre les deux pays avec échanges temporaires de spécialistes, création de bourses de spécialisation dans les pays du Nord.

Toutes ces mesures n'empêcheront cependant pas les candidats volontaires de migrer et seules les mesures de rétention développées dans les pays d'origine pourraient jouer. Car en aucun cas, la liberté de circulation des agents de santé ne doit être remise en cause.

3.3 Instituer un système de compensations

Le paiement de compensations financières aux pays qui ont souffert de la perte de leurs agents de santé est souvent considéré comme une alternative au recrutement éthique. Mais il s'agit d'une question très délicate et il semble qu'aucun pays à hauts revenus ne soit à ce jour prêt à s'y engager. Le calcul du montant à déboursier est très incertain : doit-on calculer le montant du manque à gagner dans le système sur le long terme ou se contenter du prix de la formation ? Dans le cas de l'Afrique du Sud par exemple, pour l'année 2000, le seul montant des formations a été supérieur à l'ensemble des aides bilatérales et multilatérales destinées à l'éducation.

Quant au calcul du manque à gagner au niveau des services de santé, il semble difficile d'évaluer les pertes liées au délitement de tout un système de santé et ses conséquences sur plusieurs décennies. Enfin, nombreux sont ceux qui craignent les

conséquences d'un tel système de compensations: ne s'agirait-il pas d'instituer une culture de production d'agents de santé destinés à l'exportation, culture allant à l'encontre de la philosophie et des priorités des systèmes de santé nationaux et du service public ?

La plupart de ces mesures, si elles sont adoptées par les Etats, seront longues à mettre en œuvre et les résultats ne pourront s'observer que sur le moyen ou le long terme. Entre temps cependant, il est essentiel que les pays du Sud confrontés à de graves crises de main d'œuvre puissent si ce n'est offrir de meilleurs salaires à leurs agents de santé, au moins leur garantir une paie stable et régulière. Pour cela, il faudrait que les agences et les pays qui financent l'aide au développement et les programmes de lutte contre le SIDA, permettent ou augmentent l'allocation de ces fonds aux frais du personnel, ce qui a rarement été le cas jusqu'à présent.

En Mai 2004, les 192 pays représentés à l'Assemblée mondiale de la Santé ont adopté une résolution (57.19) qui appelait les Etats membres à :

1. « mettre au point et appliquer des politiques et stratégies qui permettraient de mieux retenir le personnel de santé, notamment – mais pas uniquement – par le renforcement des ressources humaines pour la planification et la gestion sanitaires ainsi que par la révision des salaires et l'application de systèmes d'incitations » ;
2. « mettre en place des mécanismes pour atténuer sur les pays en développement l'effet négatif de la perte de personnel de santé du fait de son émigration, notamment des moyens par lesquels les pays bénéficiaires appuieront le renforcement des systèmes de santé, en particulier le développement des ressources humaines, dans les pays d'où le personnel est originaire ».

Il est plus que temps d'appliquer ces résolutions.

Ressources

African Medical Research Foundation (AMREF):
www.amref.org

MEDACT: www.medact.org

Physicians for Human Rights: www.phrusa.org

Human Resources for Health: www.human-resources-health.com

Organisation Mondiale de la Santé: www.who.int

Organisation internationale pour la Migration :
www.iom.int

Organisation Internationale du Travail :
www.ilo.org

Centre canadien d'information pour les diplômés internationaux en médecine : www.img-canada.ca

Association des Infirmières et Infirmiers du Canada : www.cna-aiic.ca

Conseil International des Infirmières :
www.icn.ch/french.htm

La mission de la CISD est de réduire la propagation du VIH et l'impact du VIH/sida dans les communautés et pays pauvres en ressources, en apportant son leadership et sa contribution active à la réponse canadienne et internationale. Ce document a été préparé grâce au financement de l'Agence de santé du Canada. Les opinions exprimées par les auteurs et chercheurs ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence publique du Canada. This document is also available in English.