



Oxfam France
AGIR ICI

**DOSSIER
COMPLEMENTAIRE**

**IMMIGRATION:
QUI CHOISIT?**

« Le jeudi est mon jour préféré à la clinique prénatale. C'est gratuit, elle est pleine à craquer. Je me sens vraiment utile auprès des femmes. »

**FATOUMATA EST INFIRMIÈRE OBSTÉTRICIENNE
AU MALI. MAIS VA-T-ELLE POUVOIR RESTER ?**

 **Oxfam France**
AGIR ICI

CAMPAGNE N° 79
OCTOBRE 2007 - FÉVRIER 2008
WWW.OXFAMFRANCE.ORG

Ce dossier, complément d'information à la campagne d'Oxfam France – Agir ici n°79 : « Immigration : qui choisit ? » a été conçu et rédigé par :

Jean-Denis Crola

Chargé de campagnes
Oxfam France – Agir ici

1^{er} octobre 2007

Sommaire :

Fiche 1 : La pénurie de personnel de santé : un phénomène mondial :	
La situation dans les pays du Sud.....	p. 3
La situation en France.....	p. 7
Fiche 2 : Migration de personnel de santé :	
Ampleur du phénomène et conséquences sur les pays du Sud	p. 10
Fiche 3 : L'aide internationale en Santé	p. 14
Fiche 4 : A la recherche d'une solution	p. 17
Notes	p. 21

La pénurie de personnel de santé : Un phénomène mondial

Une grande partie des pays du monde, au Nord comme au Sud, sont touchés par une crise des ressources humaines dans le domaine de la santé. Les causes de la pénurie sont aujourd'hui clairement identifiées : mauvaise gestion des effectifs ou pénurie programmée pour éviter l'inflation des budgets dans les pays riches ; sous-investissement, arbitrages budgétaires défavorables au secteur de la santé et aide internationale délivrée sur le court terme pour les pays en développement (PED).

1. La pénurie de personnel de santé dans les PED

La pénurie de personnel soignant qui touche les pays du Sud n'a d'égal que les besoins. Confrontés à des systèmes de santé en délabrement, à des conditions de travail difficiles et à des salaires insuffisants, les professionnels sont poussés à chercher des compléments de salaires ou à s'expatrier pour exercer leur métier. Élément pivot des systèmes de santé, le manque de personnel de santé a des conséquences dramatiques sur la situation sanitaire des pays. Cependant, certains ont commencé à inverser la tendance en soutenant de vastes programmes de renforcement des ressources humaines.

Un obstacle majeur à l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement en santé

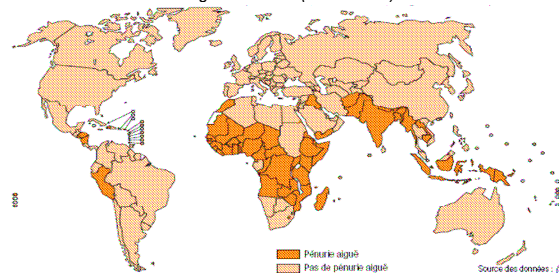
L'inégalité des densités de personnel soignant dans le monde est criante : d'une région, ou d'un pays à l'autre, entre ville et campagne... C'est souvent là où les besoins sont les plus criants que la pénurie est la plus forte.

Constat global

Dans son « Rapport sur la santé dans le monde » publié en 2006, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue à 4,25 millions le nombre de médecins, d'infirmières et d'auxiliaires manquant dans 57 pays du Sud, pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, dont trois concernent directement la santé. La communauté internationale s'est en effet engagée en 2000 à réduire entre 3/4 la mortalité maternelle, des 2/3 la mortalité infantile ainsi qu'à enrayer la propagation du sida et autres maladies

Plus de 4 millions de professionnels sont nécessaires dans les pays du Sud

Pays qui connaissent une pénurie aiguë de médecins, personnel infirmier et sages-femmes (OMS 2006)



infectieuses d'ici à 2015. Si ces objectifs n'étaient pas si ambitieux, puisqu'ils ne prévoyaient pas d'éradiquer les maladies, l'OMS estimait en 2006 qu'environ 85 % des pays en développement ne seront pas en mesure de les atteindre d'ici à 2015¹.

C'est dans les pays où les risques sanitaires sont les plus faibles que le personnel est le plus nombreux, alors que ceux qui font face aux taux de mortalité les plus élevés doivent se contenter d'effectifs beaucoup plus réduits. L'Afrique subsaharienne est de ce point de vue la région la plus touchée.

Les 3/4 des pays d'Afrique sub-saharienne n'atteignent pas les densités de médecins recommandées par l'OMS

Ne dénombrant que 600 000 travailleurs de la santé, l'OMS estime que près d'un million de travailleurs supplémentaires y sont nécessaires. La Tanzanie forme actuellement environ 640 médecins, infirmières, et sages-femmes chaque année. Pour atteindre les niveaux de personnel recommandés par l'OMS dans dix ans, soit 1 médecin pour 5 000 habitants, elle en aurait besoin de 3 500 chaque année, en supposant qu'il n'y ait aucune baisse des effectifs due aux retraites, aux décès ou à la migration². Comme la Tanzanie, les trois quarts des pays d'Afrique subsaharienne n'atteignent pas les taux recommandés par l'OMS.

Inégalités rural / urbain

L'inégalité d'accès au personnel sanitaire est également une réalité entre les régions d'un même pays. Les zones où sont implantés des hôpitaux universitaires et dont la population a

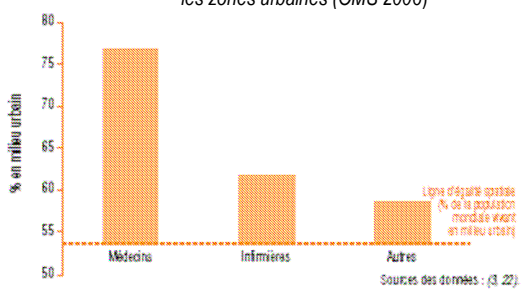
les moyens de payer les prestations attirent toujours davantage d'agents de santé. La densité du personnel est donc généralement maximale dans les centres urbains où se

85 % des PED n'atteindront pas les OMD santé en 2015

trouvent à a fois les hôpitaux universitaires et les gros revenus. Globalement, si près de

la moitié de la population des PED vit en milieu rural, plus de 75 % des médecins, 60 % des infirmières et 58 % des autres personnels de santé se trouvent en milieu urbain³. Par ailleurs, de ces zones urbaines, les travailleurs disposant de compétences utilisables au niveau international émigrent en grand nombre.

Répartition des prestataires de services sanitaires entre les zones rurales et les zones urbaines (OMS 2006)



Le sida : un facteur aggravant

En plus d'accroître considérablement la charge de travail du personnel de santé, le sida affecte leur motivation et les expose au risque d'infection. Alors que le stress, l'épuisement

170 000 travailleurs de la santé sont infectés par le VIH chaque année

poussent le personnel à quitter la profession ou le pays, les décès provoqués par le virus exacerbent la pénurie de ressources humaines. Tous les ans, 170 000 travailleurs de la santé sont infectés par le VIH suite à

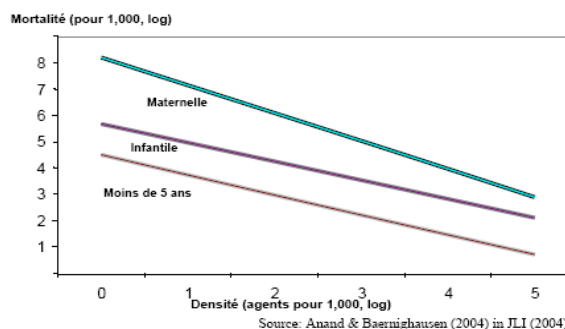
l'élimination peu sûre des aiguilles et d'autres déchets biomédicaux. Selon l'OMS, le Botswana a perdu 17 % de sa main d'oeuvre sanitaire à cause sida entre 1999 et 2005.⁴ Cette situation est d'autant plus alarmante que la pénurie de main d'œuvre est reconnue comme un des principaux obstacles à la lutte contre le virus.

Les professionnels au cœur des systèmes de santé

Le personnel est l'élément charnière de tout dispositif de santé. Sans lui, les structures de santé ne peuvent fonctionner efficacement et les soins de base ne peuvent être dispensés.

Selon l'OMS, la fourniture de soins de base et de qualité est très fortement liée à la présence de personnel qualifié en nombre suffisant dans les structures de soins dits « de 1^{er} niveau ». Ainsi les taux de mortalité maternelle, infantile et des moins de cinq ans diminuent fortement à mesure que la densité de personnel soignant augmente (voir graphique ci-dessous).

Par ailleurs, de nombreux programmes internationaux, tels ceux mis en place par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou les campagnes de vaccination, se heurtent sur le terrain au manque de personnel pour mener à bien leurs actions. En canalisant les ressources humaines disponibles vers leurs programmes, ces initiatives contribuent parfois à reléguer la santé de base au second plan.



Principales causes de la crise

Gel des embauches et des salaires, manque de financement qui se répercute sur les conditions de travail, absence de suivi des salariés, de formation ou de perspectives professionnelles... La santé a trop longtemps été considérée comme une variable d'ajustement du budget des Etats et non comme un investissement pour le futur.

Des budgets insuffisants

Le principal obstacle à la formation et au recrutement de professionnels de la santé est le manque de financement pour permettre le renforcement des systèmes de santé publics. L'OMS estime qu'une moyenne de 24 euros par habitant est nécessaire pour renforcer les systèmes de santé en vue de fournir des services de santé de base et universels - comparés aux niveaux actuels qui oscillent entre 9 et 15 euros. Ces 24 euros représentent pourtant un programme minimum, incluant les coûts de formation et de recrutement pour que le personnel de la santé fournisse des services de maternité et prénataux de base et qu'il s'occupe des principales maladies contagieuses.

Une aide qui n'arrive pas

Les pays du Sud, y compris africains, ont réellement progressé au regard des critères de « gouvernance » des institutions de Bretton Woods. Cependant, même dans les pays considérés comme des « bons élèves », l'aide n'augmente pas. Un constat partagé par la Banque mondiale elle-même : « Dans les pays africains qui ont affiché un bilan solide en matière de croissance économique et établi la stabilité macroéconomique grâce à des années de réformes, le montant des financements apportés par les bailleurs de fonds à l'appui du développement a peu, ou pas, augmenté. Bon nombre de ces pays (malgré la croissance récemment enregistrée) ont besoin d'une aide extérieure pour [assurer leur développement, et notamment] pour améliorer les systèmes d'éducation et de santé. Il s'agit moins de savoir si les partenaires africains tiennent leurs promesses que de définir si les riches pays industriels honorent [leurs engagements] », résume ainsi Obiageli Ezekwesili, Vice-Présidente de la Banque mondiale pour la région Afrique.

Une gestion du personnel déficiente

Aggravant la situation, le manque de formation initiale et continue, l'insuffisance des rémunérations et l'absence de plans de carrière poussent les personnels de santé des pays du Sud à rechercher des compléments de salaire - limitant d'autant leur temps de travail dans les institutions publiques, des emplois à temps plein dans d'autres secteurs ou à s'expatrier pour trouver des conditions d'exercice plus favorables.

Les plafonds budgétaires imposés par le Fonds monétaire international

Selon l'OMS, le secteur de la santé a été le premier touché par les politiques d'ajustement structurel imposées par les institutions financières internationales depuis la fin des années 1970. Malgré ce constat, le Fonds monétaire international (FMI) continue de préconiser dans certains pays des mesures qui font obstacle à l'investissement nécessaire dans ce secteur.

Ainsi la Zambie a été sanctionnée en 2004 pour n'avoir pas respecté les limitations exigées sur les salaires de la fonction publique. Le délégué des Nations unies sur le sida dans le pays estimait l'année dernière que « les politiques macroéconomiques imposées [par le FMI] ont forcé le ministère de la Santé à geler le recrutement de personnel, alors que 20% des districts municipaux n'ont ni médecins ni infirmières. »⁵

Suite à de nombreuses interpellations, notamment celle d'Oxfam France – Agir ici, qui a été relayée par la France lors du Sommet du G8 à Saint-Petersbourg en 2006, le FMI a annoncé « réfléchir sur les manières d'introduire davantage de flexibilité dans cette conditionnalité. [Ceci] afin de répondre aux défis liés à l'augmentation de l'aide et de mieux prendre en compte les besoins de recruter plus de travailleurs dans les domaines sociaux. »⁶ Selon le FMI, seuls 9 de ses programmes de Facilité pour la réduction de la pauvreté incluaient en 2007 le plafonnement de la masse salariale comme conditionnalité.

Conséquences

Le constat dressé par le gouvernement français sur l'évolution de la situation sanitaire dans le monde est sans appel : les principaux indicateurs sanitaires ont stagné ou se sont dégradés ces dernières années et les systèmes de santé peinent à se renforcer dans de nombreux pays du Sud.

« En Afrique subsaharienne, l'espérance de vie des adultes a reculé, passant d'un peu plus de 50 à 46 ans. Les progrès dans le domaine de la mortalité infantile restent ténus, passant de 185 à 168 décès pour 1 000 naissances entre 1990 et 2004. Le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié a stagné au cours des dix dernières années. Dans certains pays, il a reculé. (...) Les principales maladies « tueuses » n'ont pas été enrayerées : sida, tuberculose et paludisme pèsent toujours très lourdement sur la mortalité. L'Afrique totalise les 2/3 (soit 2 millions) des décès mondiaux imputables au sida. Le nombre de nouveaux cas signalés de tuberculose est passé de 148 pour 100 000 habitants en 1990 à 281 en 2005. (...) Selon l'OMS, 80 % des décès par maladie chronique (cancers ou les maladies cardiovasculaires...) interviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans les pays africains à faible revenu, elles sont responsables en 2005 de 12 millions de décès, 14 millions étant dus aux maladies transmissibles. (...) Par ailleurs, des épidémies dues à des virus nouvellement identifiés, à forte contagiosité et non couverts par les vaccins actuels, constituent désormais de nouvelles menaces mondiales. (...) Les systèmes de santé connaissent une crise sans précédent. La crise des ressources humaines prend en Afrique des dimensions dramatiques. Alors que ces pays disposent depuis peu de financements multilatéraux importants, les conditions d'une mise en œuvre efficace des actions font défaut. »⁷

Le nombre d'accouchements assistés a stagné ou reculé au cours des dix dernières années

L'espérance de vie des adultes a reculé en Afrique subsaharienne de 50 à 46 ans

Vers une sortie de crise : l'exemple du Malawi

Malgré ce panorama général tragique, certains pays comme le Malawi ont entamé un renversement de situation, en travaillant avec des pays donateurs au développement des services publics.

Le Malawi en chiffres (2004)

Population : 13 millions, dont 47 % âgé de moins de 15 ans ; 83 % rurale
Classement IDH en 2003 (sur 177 pays) : 165
Espérance de vie à la naissance : moins de 40 ans
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 133 pour 1 000
Taux de mortalité maternelle : 984 pour 100 000
Taux de prévalence du VIH chez les adultes : 14,1 %
Dépenses totales de santé en % du PIB : 9,4 %

Une situation alarmante

Avec une densité de 2 médecins et 59 infirmier(e)s pour 100 000 habitants, le Malawi fait face à une pénurie aiguë de personnels de santé. Des décennies de bas salaires, de conditions de travail rudimentaires et de sous financement ont sapé le système de santé publique et ont conduit à une pénurie chronique d'infirmières et de médecins. Avant la mise en œuvre du programme, 60 % des postes étaient à pourvoir, et quatre districts au Malawi n'étaient pas desservis par un médecin. Le personnel présent démissionne pour travailler pour des organisations internationales ou dans les hôpitaux privés, voire abandonnent le secteur.

Une lueur d'espoir

Face à cette situation, le gouvernement a lancé en 2005 un ambitieux programme : l'engagement des autorités a permis des soutiens politiques et financiers extérieurs important⁸. Le Royaume-Uni, pointé du doigt par la Commission internationale des migrations qui estime que les médecins malawites sont plus nombreux à exercer à Manchester qu'au Malawi, en est un des principaux bailleurs.

Les premiers résultats sont encourageants : plus de 700 personnels sanitaires ont été recrutés dans la fonction publique en 2005⁹ et les salaires ont augmenté en moyenne de 30 %. Les efforts sur la formation portent leurs fruits : le nombre de médecins en formation devrait tripler, celui du personnel infirmier doubler.

Même si elles restent toujours insuffisantes, ces mesures ont permis d'endiguer les départs : seuls 30 professionnels de la santé ont quitté le pays en 2006, contre 108 en 2003¹⁰, grâce

également au code de conduite mis en place au Royaume-Uni pour limiter le recrutement de médecins étrangers.

Forte volonté politique, stratégie nationale cohérente, et aide internationale coordonnée et prévisible sont les facteurs de réussite de ce programme national, érigé dès aujourd'hui en exemple pour les pays voisins. Bien articulée au sein d'un

Le programme de renforcement des ressources humaines du Malawi est un exemple pour les pays voisins

programme national, l'aide internationale permet d'obtenir des résultats probants. Cependant, ce n'est que la première étape : pour juguler la pénurie de personnel de santé et répondre à ses défis sanitaires, le Malawi doit s'assurer que les promesses de financement seront tenues.

Témoignages



« Mon message aux pays riches ? Nous aimerions pouvoir sauver nos populations. Nous ne voulons pas aller à l'étranger à cause de l'argent. Notre base est chez nous. »

Rosemary Bilesi, infirmière, Hôpital de district à Dowa, Malawi.

« L'impact des suppléments de salaire ? En 2003, nous avions une, parfois même deux infirmières qui démissionnaient par semaine. C'était choquant. Depuis que nous avons introduit les primes, y compris le système de garde payée, nous avons plus ou moins réussi à les limiter à une ou deux démissions par mois. »

Dr. Damison Kathyola, directeur de l'Hôpital Central de Kamuzu, Lilongwe.

(Extraits de « Dans l'intérêt du public », Oxfam 2006)

2. La situation française

Si la situation de la démographie médicale est incomparable avec celle des pays du Sud, la grande majorité des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) connaît un manque de personnel de santé. La France n'est pas en reste. A l'inégale répartition sur le territoire s'ajoute la pénurie par spécialités. La crainte de l'apparition de « déserts médicaux » s'amplifie avec les projections de départs à la retraite de la génération issue du baby boom. La France, comme ses partenaires européens, cherche des solutions.

Une pénurie programmée

Pour limiter l'inflation des budgets de santé dans les années 1990, les pouvoirs publics français ont réduit drastiquement le nombre d'élèves autorisés à entrer en 2^{ème} année de faculté de médecine. 10 ans après, les conséquences s'en font sentir sur la démographie médicale.

L'évolution du numerus clausus

Le numerus clausus a été créé au milieu des années 1970 dans le but de réguler les candidatures d'étudiants en médecine, afin qu'elles correspondent aux besoins du pays. En 1976 – 1977, il était fixé à près de 8 700 élèves par année, ce jusqu'au début des années 1990. Soucieux de réduire le budget de la santé plutôt que d'adapter l'offre de médecins aux besoins, le numerus clausus est largement diminué à partir de 1992, pour atteindre seulement 3 500

En 2030, la densité moyenne sera celle de la région française aujourd'hui la moins bien dotée.

places par années, soit un niveau bien inférieur aux besoins futurs de la

France. Il sera maintenu à au dessous de 5 000 jusqu'en 2002, avant enfin d'atteindre un peu plus de 7 000 places par an aujourd'hui.¹¹

Ce sont donc bel et bien les autorités qui ont créé la pénurie de médecins en France. Selon les projections de l'Ordre des médecins, l'accroissement récent du numerus clausus n'aura d'effet que dans une douzaine d'années (le temps de formation d'un généraliste étant de 10 ans, celui d'un spécialiste pouvant atteindre 14 ans). La France devrait donc atteindre des densités médicales situées entre 214 et 242 à partir de 2030. Cette fourchette correspond à la densité médicale de la région française la moins bien dotée, la Picardie, trop faible pour juguler la pénurie future.

La démographie médicale aujourd'hui

La densité de médecins aujourd'hui en France – plus de 330 médecins pour 100 000 habitants en 2006¹² – est loin d'être négligeable, comparée à celle des pays en développement ou même de nos voisins européens.

Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), « le nombre élevé actuel des médecins est encore en légère progression grâce à deux facteurs : d'une part le recrutement en nombre important de médecins à diplôme étranger obtenu notamment hors de l'Union européenne, ceci depuis une dizaine d'années. D'autre part l'effet non négligeable d'une initiative (MICA) qui a permis dans les années 1990 des départs en retraite anticipés. En étalant les départs massifs prévus dans les années 2000, ce dispositif a permis de remplacer petit à petit une partie des effectifs, évitant ainsi une crise due à des. Sans ces deux facteurs, la crise attendue serait déjà présente. »¹³

D'ici à 2020, 40% de l'encadrement médical aura disparu

Selon les experts, la pénurie médicale est donc programmée et inéluctable. Du fait de l'importance des départs en retraite du personnel médical à venir, du vieillissement de la population et de l'augmentation de la demande de soins qui en résulte, 40% de l'encadrement médical de la population française aura disparu d'ici à 2020.¹⁴

Une pénurie sélective

Inégale répartition géographique des médecins, entre les régions mais surtout à l'intérieur des départements ; disparités entre les disciplines avec pour certaines des situations de crise grave déjà présentes... La pénurie médicale française ne touche pas tous les secteurs de manière identique.

Une pénurie par spécialités

Les projections montrent qu'en 2020 la France aura perdu un généraliste sur cinq (20 %) et plus d'un spécialiste sur trois (37 %). Les spécialités déjà sinistrées le seront encore plus et d'autres viendront les rejoindre.¹⁵

En 2020, la France aura perdu 1 généraliste sur 5 et plus d'1 spécialiste sur 3

Globalement, selon le rapport « Immigration sélective et besoins de l'économie française », le secteur de la santé et de l'action sociale est reconnu comme un secteur en fort besoin, selon les indicateurs de tension, de difficulté de recrutement, et les projections de départs à la retraite...

Ce secteur devrait recruter environ 750 000 personnes sur 10 ans¹⁶ pour maintenir les effectifs actuels.

Les infirmiers et sages-femmes ainsi que les aides-soignants et les auxiliaires de vie sont des métiers où les difficultés se font particulièrement sentir.

En ce qui concerne les métiers d'infirmiers et d'aides soignant, les perspectives d'embauche à l'horizon 2015 représentent respectivement 44% et 58% des effectifs actuels. Des études plus fines par spécialités médicales et par département montrent qu'il existe dès aujourd'hui une difficulté de recrutement très importantes sur l'ensemble des professions médicales dans presque tous les départements français.¹⁷

Une pénurie géographique

Attrance du soleil et des grandes villes, notamment universitaires, fuite des régions rurales : ces tendances se font d'ores et déjà sentir. Nombre de régions sont aujourd'hui largement au-dessous de la densité moyenne de médecins française. C'est le cas de la Picardie (243 médecins pour 100 000 habitants), de la Haute-Normandie et du Centre. L'Île de France et la région PACA sont les mieux dotées (respectivement 388 et 381 médecins pour 100 000 habitants).

Au niveau départemental, les inégalités sont encore plus évidentes. Paris bénéficie d'une densité de médecins de 769 (plus de deux fois supérieure à la moyenne). La densité de médecins spécialistes du département de la Haute Loire est plus de 7 fois inférieure à celle de Paris. Le département de l'Eure a la densité de médecins généralistes la plus faible (soit 111 médecins pour 100 000 habitants).

Les solutions envisageables

Pour faire face à la crise des ressources humaines en santé, la France cherche des solutions. L'augmentation du numerus clausus et le transfert de compétences ne donneront des résultats qu'à moyen terme. Reste le recrutement de personnel étranger...

L'augmentation du numerus clausus

Comme on l'a vu, l'augmentation du numerus clausus n'est pas une solution à court terme, puisque la durée des études des médecins spécialistes peut aller jusqu'à 14 années. Par ailleurs, pour pallier la crise, il aurait fallu augmenter le numerus clausus à 7 000 places entre 2000 et 2004, puis à plus de 8 500 jusqu'en 2010 pour assurer le renouvellement des départs.

Son niveau a bien été relevé en 2006, mais même si l'on conserve ce niveau une dizaine d'années, le CNOM constate trois réalités¹⁸ :

- La densité médicale descendra de 338 à 271 vers 2025 ;
- Le temps médical offert par les médecins va se réduire (féminisation, réduction du temps de travail, augmentation des tâches administratives, vieillissement du corps médical...);
- La consommation de soins de la population française va progresser du fait de son vieillissement, des techniques nouvelles, de la revendication à une meilleure santé...

Dès lors, si l'augmentation du numerus clausus est incontournable, elle sera insuffisante à l'horizon 2020 pour assurer la prise en charge médicale de la population française et appelle d'autres mesures compensatrices.

Transferts de compétences

En France, la *délégation de tâches* entre les médecins et les autres professions de santé est déjà un fait même s'il n'est pas toujours formalisé. Les médecins délèguent à d'autres professionnels de santé un certain nombre d'actes techniques, mais les médecins en gardent la maîtrise, en particulier en termes de responsabilité juridique. Dans le cas du *transfert de compétences* proprement dit, ils ne gardent pas l'entière maîtrise de ces actes dont, en conséquence, la responsabilité juridique notamment est transférée.

Cependant, le transfert des compétences se heurte à plusieurs contraintes, qui compliquent sa mise en œuvre. Tout d'abord, les autres professions, telles le personnel infirmiers ou les sages-femmes, sont aussi en crise démographique. L'idée serait donc de créer des métiers intermédiaires entre celui de médecins et les autres. Par ailleurs, ce transfert ne sera légitime que si la formation et la rémunération de ces agents sont suffisantes. Enfin, l'activité de chaque profession est encadrée par le Code de santé publique. Les actes délégués aujourd'hui à des infirmières sont à la limite de l'exercice légal de la médecine. Toute formalisation du transfert de compétence ou de la délégation de tâche impliquera donc une modification de la loi.

Le recrutement accru de personnel de santé des pays du Sud

La France a déjà largement fait appel à des médecins à diplôme étranger, notamment extracommunautaires, ceci depuis une dizaine d'années. Cette pratique de recrutement est un des principaux facteurs qui permet encore l'augmentation du nombre de prati-

Le recrutement de praticiens étrangers pourrait, à court terme, soulager la carence de personnel

ciens aujourd'hui. La migration de personnel supplémentaire pourrait permettre de soulager à court terme le déficit de médecins dans notre système de santé.

En affirmant aujourd'hui sa politique d'immigration sélective, afin d'attirer du personnel qualifié étranger vers les secteurs français en manque de main d'œuvre, la France ne se dirige-t-elle pas vers une augmentation du recrutement de professionnels de santé étrangers, pour combler à court terme sa propre pénurie ?

Mais la crise démographique du personnel de santé étant européenne, il sera difficile de faire appel à des médecins Ouest-européens. L'ouverture de l'Europe aux pays de l'Est ne pourra guère aider non plus, car, selon les experts : « les conditions de l'exercice en France apparaissent globalement peu attractives pour favoriser une forte migration intracommunautaire »¹⁹.

Reste l'ouverture du recrutement de médecins et d'infirmiers aux pays qui ne sont pas membres de l'Union européenne, et particulièrement des pays en développement...

Migration de personnel de santé Ampleur du phénomène et conséquences sur les pays du Sud

Alors que se multiplient les conférences internationales sur la migration et le développement, la problématique de la migration de personnel de santé fait figure de cas d'école. Les professionnels étrangers sont de plus en plus nombreux à être recrutés dans nos systèmes de santé, souvent dans des conditions moins favorables que leurs collègues. Parallèlement, les pays à forte émigration voient leurs systèmes de santé s'effondrer.

Le constat

Les migrations de personnels soignants s'amplifient au rythme de l'accroissement des besoins dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Poussés au départ par des conditions de travail qui se dégradent, ils renforcent nos systèmes de santé depuis des décennies.

Intensification des flux de migration de personnels de santé

Les pénuries de personnel de santé observées au Nord comme au Sud inquiètent. Alors que les pays du Sud ont un déficit d'agents de santé estimé en 2006 par l'OMS à plus de 4 millions de personnes, les besoins des pays du Nord se font croissant, à mesure que la population vieillit et que la génération issue du baby-boom arrive à la retraite. Parallèlement, les phénomènes migratoires d'agents de santé s'accroissent : des zones rurales aux urbaines, des pays du Sud vers les pays de l'OCDE. De plus en plus, les régions du monde sont en concurrence, cherchant à attirer les travailleurs de santé qualifiés.

Selon l'OCDE, les tendances observées depuis environ 25 ans attestent que la part des médecins formés à l'étranger a considérablement augmenté en Europe. En valeur absolue, la France se place en 3^{ème} position en terme de médecins nés à l'étranger travaillant sur le territoire (ils sont 34 000 selon l'OCDE) derrière les Etats-Unis (200 000) et le Royaume-Uni (50 000). Parallèlement, l'Afrique subit une émigration de personnel de santé disproportionnée par rapport à ses effectifs. Les pays francophones sont parmi les plus touchés puisqu'ils font face à la fois aux taux d'expatriation de médecins les plus élevés et aux densités de médecins les plus faibles. Ainsi le Sénégal, le Congo, le Bénin et le Togo ont en 2000 des taux d'expatriation de

La France se place en 3^{ème} position en terme de médecins nés à l'étranger

médecins supérieurs à 40 %, tendance qui s'est encore accentuée ces dernières années²⁰. Conséquence : « il y a plus de médecins béninois en Ile de France qu'au Bénin », explique un haut responsable des Nations unies dans une interview au Monde le 20 juillet 2007²¹.

Selon l'OMS, 36 pays d'Afrique sub-saharienne sont en situation de pénurie aiguë de personnel de santé. Ces pays totalisent moins de 600 000

professionnels de la santé et ont un déficit estimé à près de 820 000 médecins,

sages-femmes, infirmiers. Parallèlement, plus de 98 000 personnes issues de ces pays exercent dans des pays de l'OCDE. En d'autres termes, pour 6 professionnels de la santé travaillant dans leurs pays en Afrique, 1 est parti pratiquer dans un pays membre de l'OCDE. Ce phénomène, cependant, ne peut pas expliquer à lui seul la pénurie.

La migration de médecins explique 1/4 de la pénurie dans certains pays africains

L'émigration est avant tout un facteur aggravant de la crise que subissent les systèmes de santé des pays du Sud. Selon l'OCDE, les besoins en personnel de santé dépassent largement le nombre de travailleurs émigrés. Ainsi la migration n'expliquerait en moyenne que 12 % de la pénurie de médecins en Afrique (c'est à dire du manque estimé) et au plus 25 % dans certains pays.²²



Hôpital central de Lilongwe au Malawi. Crédits : Eva-Lotta Jansson/Oxfam

Facteurs de départ et d'attraction

Les causes de la migration du personnel de santé sont aujourd'hui bien connues. Parmi les *facteurs de départ*, le différentiel de condition de travail et de salaire, ainsi que les risques auxquels sont confrontés les médecins et infirmiers dans les pays du Sud, notamment le risque de contamination par le virus du sida, sont les raisons les plus généralement citées par les migrants. Il faut y ajouter les *facteurs d'attraction*, et notamment les politiques de recrutement actifs mis en place par certains pays de l'OCDE, comme l'ont fait le Royaume-Uni auprès de l'Afrique du sud avant de faire marche arrière ou les Etats-Unis. Simplification et de procédures de reconnaissance des diplômes et de

délivrances des visas, systèmes de quotas, agences de recrutement international... font parties des mesures que l'on retrouve dans de nombreux pays pour attirer le personnel étranger qualifié. Ils trouvent ainsi une solution de court terme à la pénurie dans leurs propres systèmes de santé, en économisant à la fois sur

Une subvention perverse des pays du Sud vers le Nord

le coût et la durée de la formation des personnels de santé qualifiés. Les immigrants apportent désormais une contribution essentielle à la fourniture des services de santé dans de nombreux pays de l'OCDE. Par ce phénomène, les pays du Sud versent une sorte de subvention perverse aux pays industrialisés.

en économisant à la fois sur le coût et la durée de la formation des personnels de santé qualifiés. Les immigrants apportent désormais une contribution essentielle à la fourniture des services de santé dans de nombreux pays de l'OCDE. Par ce phénomène, les pays du Sud versent une sorte de subvention perverse aux pays industrialisés.

l'essentiel le fait de travailleurs non qualifiés. Par contre, pour les travailleurs qualifiés – soit l'essentiel des personnels de santé migrants - l'avantage que représentent ces transferts est limité en regard des inconvénients liés à leur départ.

La question du retour des migrants dans leur pays de départ, après avoir acquis formation de spécialité et expérience dans un pays étranger, est également source de débat.

Si leur contribution au développement du pays est rarement mise en doute, la question

L'Afrique sub-saharienne ne bénéficie que de 4% de l'argent transféré par les migrants

porte sur l'ampleur du phénomène. Outre les différences de conditions de travail et de salaire, la migration inverse est coûteuse et peut s'avérer un pari risqué pour le migrant. De nombreuses politiques ont été mises en place pour favoriser l'intégration du migrant à son retour, appuyées par l'Organisation internationale des migrations, mais leur bilan reste mitigé.

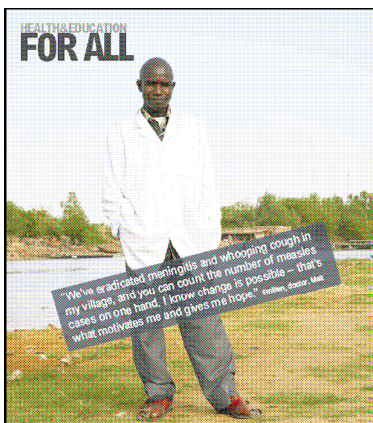
Les conséquences de l'émigration pour les PED

L'impact de la migration sur les pays d'origine fait l'objet de débats et d'une importante littérature au sein des institutions internationales. D'un côté, l'ampleur du montant des transferts de fonds des migrants vers leurs pays d'origine, le retour du personnel qualifié et le rôle de la diaspora sont généralement mis en avant pour montrer les conséquences positives de la migration. De l'autre, les dépenses consacrées à la formation des migrants, le coût institutionnel que représente leur départ, et dans le cas des migrations de personnels de santé, le coût sanitaire pour le pays d'émigration, alourdissent le bilan.

La participation des migrants au développement de leur pays d'origine

Le montant des transferts de fonds des migrants vers leurs pays d'origine a été évalué par la Banque mondiale à 160 milliards d'euros en 2006²³, soit plus de deux fois les montants officiels d'aide au développement – les montants véritablement versés ne représentant que la moitié des sommes annoncées par les pays donateurs. Les premiers bénéficiaires en sont les Caraïbes, l'Asie du sud et de l'est et le Moyen-Orient. L'Afrique sub-saharienne se situe en queue

du classement avec seulement 4 % du montant global.



Mais, les montants transférés ne sont que très rarement utilisés en investissements. Les experts estiment par ailleurs que l'impact positif de ces transferts financiers sur la diminution de la pauvreté est pour

L'apparition d'un cercle vicieux

Tous les pays d'émigration ne sont pas touchés de la même manière. L'Inde, la Chine ou le Brésil, pays de forte émigration, souffrent beaucoup moins de l'exil de leur personnel de santé que les Caraïbes ou certains pays d'Afrique, notamment des pays francophones et lusophones, qui cumulent forts taux d'expatriation et faibles densités de personnels de santé dans leur pays. Cette conjugaison de facteurs crée une situation très préoccupante dans le secteur de la santé des pays de départ.

En outre, même lorsqu'elle est limitée, l'émigration de certains spécialistes (anesthésistes et radiologues notamment), de techniciens de laboratoire ou de personnel de soutien, crée des goulots d'étranglement aux conséquences très lourdes pour les systèmes de santé. Ceux qui partent sont des gestionnaires d'hôpitaux, des chefs de départements universitaires et des décideurs publics, autrement dit ceux qui sont les plus à même de développer leur pays. Leur départ risque d'enfermer un peu plus leur nation dans la pauvreté.

L'émigration de certains spécialistes crée des goulots d'étranglement aux conséquences dramatiques

La pénurie de diplômés et la migration du personnel de santé qualifié ont également des conséquences financières. La Commission pour l'Afrique a chiffré le coût consécutif à leur migration à 355 millions d'euros par an pour le continent. Ce montant ne prend en compte que le coût de la formation du personnel de santé, qui s'expatrie par la suite. A ce coût « direct » doit être ajouté le coût « indirect » associé au coût sanitaire et humain supporté par l'Afrique, difficilement quantifiable. Par ailleurs, le manque de personnel de santé qualifié peut conduire à l'emploi de personnels expatriés ou

d'experts venant de pays donateurs et dont le coût est très élevé.

Certains pays sont prisonniers d'un véritable cercle vicieux. Les problèmes de gouvernance et de formation, le mauvais état général du système de santé poussent au départ des infirmiers et des médecins attirés par les salaires pratiqués au Nord mais également par de meilleures conditions de travail. Selon le responsable de CAP Afrique, « cette migration contribue à accentuer la dégradation des institutions sanitaires dans le Sud et à hypothéquer la possibilité de bâtir rapidement des systèmes de santé attractifs pour les personnels et efficaces pour les patients. »²⁵

La situation des médecins étrangers en France²⁶

Les médecins étrangers apportent depuis des années un renfort essentiel au système de santé français. Sous-payés, travaillant le soir ou le week-end, les Padhue – praticiens à diplôme hors Union européenne – se mobilisent pour obtenir la reconnaissance de leur statut.

Les chiffres concernant le nombre de médecins étrangers travaillant en France doivent être analysés avec précaution. Tout d'abord parce qu'il faut faire la distinction entre les médecins nés à l'étranger, et ceux ayant été formés à l'étranger. D'autre part, il faut distinguer les ressortissants de l'Union européenne ou possédant un diplôme communautaire. Enfin, l'évaluation exacte des effectifs est compliquée par le fait qu'ils sont nombreux à avoir été recrutés sans autorisations, en fonction des besoins des hôpitaux français. Les employeurs sont alors parfois réticents à déclarer le nombre exact de personnel étranger qui travaillent dans leurs structures. Afin d'éviter les confusions, nous ne parlerons ici que des médecins à diplôme extra-communautaire (Padhue).



Manifestation des PADHUE en juillet 2006

L'autorisation d'exercice

Afin de trouver un statut à aux médecins étrangers, trois procédures d'autorisation d'exercice spécifiques ont été élaborées des années 1970 à 2002 :

- La Procédure du certificat de synthèse clinique et thérapeutique. Composé d'un écrit puis d'un oral, il permettait de déposer un dossier pour avis du Ministre. Celui-ci donnait alors ces autorisations en fonction des besoins de médecins de nos hôpitaux et des quotas existants ;

- L'autorisation d'exercice en qualité de Praticien adjoint contractuel ;
- La Commission de recours, instituée en 27 juillet 1999, sorte de « rattrapage » pour les recalés des deux premiers dispositifs.

En 2006, devant l'insuffisance de ces procédures, et la mobilisation des PADHUE pour améliorer la reconnaissance de leur statut, une nouvelle Procédure d'autorisation d'exercice a vu le jour à la fin de l'année 2006. Cette nouvelle procédure poursuit deux objectifs. D'une part, elle vise à accorder une autorisation d'exercice plein et entier aux médecins présents dans le système hospitalier depuis au moins 5 ans. D'autre part, elle organise le recrutement des futurs médecins à diplôme étranger appelés à exercer dans les hôpitaux français. Ce recrutement s'effectue par concours, selon des quotas par spécialité médicale. Il n'y a pour l'heure aucune prise en compte de l'éventuelle pénurie de personnel médical existant dans le pays d'origine du candidat.

Le recrutement de médecins étrangers ne prend pas en compte la pénurie existante dans le pays d'origine

Ampleur du phénomène

Grâce aux trois précédentes procédures, 9 553 autorisations d'exercice ont été délivrées par le Ministre entre les années 1980 et aujourd'hui. Cependant, environ 6750 médecins étrangers pratiquent sans autorisation d'exercice plein et entier : ils ne peuvent exercer leur art qu'à l'hôpital dans des statuts particuliers.²⁷

Les chiffres de l'OCDE confirment ces données : les médecins formés à l'étranger, hors Union européenne, et pratiquant en France seraient actuellement au nombre de 18 000, soit près de 6 % des effectifs totaux.

Cette proportion ne dépassait pas 4 % en 2000, et a augmenté selon un taux moyen de 10 % par an entre 1970 et aujourd'hui. Pour ce qui est des travailleurs de santé en général, la part formée à l'étranger s'est multipliée par 6 entre les années 1970 et 2004.

Les auditions menées dans le cadre de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé ont souligné que ces médecins avaient constitué un renfort non négligeable pour le fonctionnement de certains services ou l'équilibre de certaines spécialités. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, c'est notamment grâce « au recrutement en nombre important de médecins à diplôme étranger obtenu

La part des personnels de santé formés à l'étranger et travaillant en France s'est multipliée par six entre 1970 et 2004

notamment hors de l'Union Européenne, ceci depuis une dizaine d'années, [que le] nombre des médecins [en France] est encore en légère progression. »²⁸

C'est grâce au recrutement de médecins étrangers que l'effectif total est encore en progression

La ventilation par régions d'origine est conforme aux

schémas migratoires habituels. Elle est déterminée par la langue, la proximité géographique, ainsi que par les liens culturels et historique, et les politiques migratoires bilatérales. Ainsi, 50 % des médecins et infirmiers nés à l'étranger et pratiquant en France viennent d'Afrique du Nord²⁹.

Enfin de meilleures conditions de travail ?

Saisi par le Président de l'Intersyndicale nationale des praticiens à diplômes hors Union européenne (Inpadhue) la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) estime, dans une délibération destinée au Ministre de la Santé et des Solidarités en février 2006³⁰, que ces praticiens « assurent au sein des hôpitaux publics les mêmes fonctions et responsabilités que les médecins ayant un diplôme communautaire. Ils sont cependant empêchés (...) d'être inscrits à l'Ordre des médecins et, de ce fait, (...) d'exercer en libéral ou d'accéder au grade de praticien hospitalier. Ils sont, de surcroît, soumis à des statuts contractuels et placés, en principe, sous la responsabilité d'un médecin. Cette absence théorique de responsabilité est prise comme argument pour une minoration de rémunération, allant

Les médecins étrangers sont payés jusqu'à 50 % de moins que leurs collègues

jusqu'à 50 % par rapport à celle des médecins diplômés au sein de l'Union européenne. »

Suite à une mobilisation sans précédent, les principaux syndicats de médecins étrangers ont entamé le dialogue avec le Gouvernement, pour travailler à l'amélioration de leur statut.

Témoignages

« On exécute le même travail, au même endroit, mais la paye à la fin du mois est différente car nous stagnons au même statut, celui de praticien attaché à un service », reconnaît Anna, chirurgienne originaire de l'Europe de l'Est, naturalisée et inscrite à l'ordre des médecins en 2005, après un parcours long et difficile.

De fait, dans le service du docteur Philippe Hoang, le chef des urgences d'Avicenne, on recense quatre praticiens à diplôme étranger sur onze personnes, qui font face à 100 urgences quotidiennes en moyenne. Ils travaillent tous à mi-temps, vingt-quatre heures par semaine en théorie, et essayent de prendre le plus de gardes possible pour compléter leur salaire. *« J'ai besoin de ces médecins pour faire fonctionner mon service », reconnaît le docteur Hoang. Et l'administration s'y retrouve : quatre mi-temps étrangers coûtent nettement moins cher en salaires et en charges sociales que deux titulaires à plein temps. »**

*Articles publiés dans Libération le vendredi 14 juillet 2006

L'aide internationale en Santé³²

Pour atteindre les Objectifs du millénaire en santé, de nombreuses initiatives internationales ont vu le jour ces dernières années afin de combattre le sida, rendre les médicaments accessibles ou mettre en œuvre des campagnes mondiales de vaccination. La France y tient une place de 1^{er} plan. Cependant, ces approches verticales se heurtent à l'insuffisance de personnel pour mettre en œuvre leurs programmes.

L'aide mondiale

Malgré un fort développement de l'aide affectée à la santé, la majorité des pays du Sud manque de financements pour sortir de la crise. Seul le respect des promesses faites par les pays riches permettra de trouver une solution de long terme.

Grâce à la forte mobilisation de la communauté internationale contre le sida et la création de nouveaux mécanismes de financement, l'aide consacrée au secteur de la santé a significativement augmenté entre 2001 et 2005, passant de 5 à 12 milliards d'euros. Cependant, les besoins sont tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait en 2006 qu'environ 85 % des pays en développement ne seront pas en mesure d'atteindre d'ici à 2015 les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) concernant la santé.³³

Outre l'insuffisance de fonds, le manque de prévisibilité et de pérennité des financements extérieurs nuit gravement à l'efficacité de l'aide inter-nationale. Renforcer les systèmes de santé demande en effet une planification et des efforts sur le long terme. Par ailleurs, la profusion d'initiatives internationales et leur manque de coordination multiplie les interlocuteurs des pays du Sud.

Les principaux bailleurs internationaux se sont engagés à plusieurs reprises à porter leur aide publique au développement (APD) à un niveau correspondant à 0,7 % de leur revenu intérieur.

Oxfam estime que seul le respect de ces promesses, couplé d'importants efforts de coordination, pourraient dégager des ressources suffisantes pour atteindre les OMD.³⁴

L'aide française en sursis

En 2006, la France a en partie comblé son retard en matière d'aide à la santé, par rapport à ce que consacrent en moyenne les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à ce secteur. L'aide française a cependant été principalement affectée aux initiatives internationales. L'aide affectée directement aux pays en développement (aide bilatéral) est amenée à se réduire dans les prochaines années.

Les résultats de la campagne « Personnel de santé au Sud : Pénurie mortelle »

Suite à la campagne menée par Oxfam France - Agir ici et ses partenaires en 2006, la France a accrue son aide consacrée à la santé et a fait part de ses préoccupations concernant le renforcement des systèmes de santé. La France a également relayé lors du sommet du G8 en 2006 à Saint Petersburg la revendication d'Oxfam France – Agir ici portant sur les institutions financières internationales, demandant de ne pas inclure de mesures de gel du recrutement de personnel de santé, dans leurs programmes de prêts. Banque mondiale et Fonds monétaire international ont tous deux réagi positivement à ces revendications.

Cependant, l'aide française en matière de renforcement des systèmes de santé et en particulier des ressources humaines reste insuffisante, notamment concernant la prise en charge des coûts salariaux et du soutien à l'augmentation des effectifs. C'est pourquoi Oxfam France – Agir ici continue à se mobiliser pour mettre la pression sur la France, à travers le lancement d'une nouvelle campagne pour la santé pour tous.

Une aide dirigée vers les initiatives internationales

L'aide publique au développement de la France en matière de santé a augmenté de manière significative ces dernières années, passant de 300 à 600 millions d'euros par an entre 2002 et 2006.

Cependant, cette progression intervient après une période de recul très importante puisqu'elle ne représentait que 3 à 4 % de l'aide française entre 1995 et 2000, contre une moyenne de 11 % pour les pays de l'OCDE. La progression constatée depuis cinq ans doit donc d'abord être interprétée comme un rattrapage par rapport aux ambitions et aux promesses précédemment affichées.

Par ailleurs, la croissance de l'aide française en santé provient essentiellement de l'implication de la France

dans les initiatives internationales, telles le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'initiative pour l'accès à la vaccination (Alliance GAVI) ou aux médicaments (UNITAID), dont elle est parmi les principaux contributeurs. Sur la même période, les engagements bilatéraux n'ont progressé que par l'intégration de contrats désendettement, conclus avec un certain nombre de pays, dont le Cameroun. En dehors de ces initiatives exceptionnelles, les promesses de subventions de la France dans le secteur de la santé se situent aux alentours de 50 millions d'euros en 2007. Une baisse drastique de l'effort financier bilatéral en santé est à prévoir avec l'extinction de ces initiatives d'allègement de dette.

Au total, le choix de la France d'intervenir dans les initiatives mondiales ne s'est pas accompagné de subventions bilatérales qui pourraient permettre à la France d'aider une liste de pays ciblés à renforcer durablement leurs systèmes de santé. Ainsi, la plupart des engagements bilatéraux de la France avec les pays africains ne retiennent pas la santé comme axe prioritaire. Et ce alors que l'ensemble des acteurs s'accorde aujourd'hui à dire que la clé du succès, en matière de sida ou d'accès aux médicaments, réside dans la présence des personnels de santé et des équipements qui font aujourd'hui défaut.

Une aide peu présente sur le renforcement des systèmes de santé et la prise en compte des ressources humaines

Dans la *Stratégie française de coopération dans le domaine de la santé*, le renforcement des systèmes de santé et des ressources humaines sont identifiés comme éléments essentiels – voire préliminaire – à l'amélioration de la situation sanitaire des pays du Sud. Ce document rappelle à plusieurs reprises que, sans la présence d'un personnel qualifié en nombre suffisant, les progrès dans la lutte contre le sida ou la diminution de la mortalité maternelle et infantile resteront ténus – soit les principaux engagements des Objectifs du millénaire pour le développement en santé (OMD).

Or la participation à l'atteinte des OMD est, sur le papier, l'axe prioritaire d'intervention de la France.

Pourtant force est de constater que la France ne finance pas aujourd'hui de programmes globaux de soutien au personnel de santé. Un tel programme doit intégrer des objectifs de formation mais également de soutien au budgets des états pour permettre l'embauche du personnel supplémentaire nécessaire, ainsi que la hausse des rémunérations, la définition de plans de carrières, etc. C'est un programme de ce type que soutient le Royaume-Uni au Malawi.

En matière de renforcement des systèmes de santé, l'aide française s'est toujours concentrée sur la formation du personnel et l'aide technique (formations de formateurs, coopération entre centres de recherche et de formation...) Ces axes devraient être renforcés dans les prochaines années, avec une attention particulière portée à l'adaptation des programmes aux spécificités locales des pays où la France intervient.

Si ces éléments sont essentiels, ils ne sont pas suffisants puisqu'ils ne dégagent pas de ressources supplémentaires pour les pays du Sud pour leur permettre de prévoir, à moyen terme, l'embauche du personnel ainsi formé.

Seul un court paragraphe est consacré à ce problème dans la *Stratégie santé*, soulignant

« les risques que pourrait entraîner l'investissement dans la formation sans prendre en considération les besoins de financement pour garantir par la suite aux personnels formés un débouché professionnel leur permettant d'exercer leur métier. Le développement d'une politique novatrice de formation des professionnels ne peut plus être envisagée indépendamment de l'amélioration des conditions de travail, en particulier salariales, sécurisées sur le long terme, sous peine d'alimenter un peu plus l'exode des compétences du public

Le Partenariat international pour le renforcement des systèmes de santé

Lancée le 5 septembre 2007, cette initiative a pour objectif de coordonner les financements des principaux bailleurs* afin de soutenir efficacement les programmes nationaux des Pays du Sud, notamment pour renforcer les ressources humaines**. L'aide internationale en matière de santé souffre en effet d'une importante fragmentation (il existe plus de 100 initiatives différentes) réduisant considérablement son efficacité. La création d'un mécanisme de coordination des fonds devrait procurer des financements plus stables et prévisible, permettant aux pays bénéficiaires de prévoir sur le long terme des programmes de formation et d'embauche de personnel de santé supplémentaire. Il devrait également introduire plus de transparence concernant l'effectivité de l'aide, en facilitant les moyens de connaître quel pays respecte ou non ses engagements.

Cependant, la société civile doit maintenir la pression pour que cette initiative prenne de l'ampleur et permette de mobiliser des financements additionnels !

* La Norvège, le Canada, la France, la Hollande, le Royaume Uni et l'Allemagne ont rejoint cette initiative, ainsi que la Banque mondiale, l'OMS, le Fonds mondial, l'Alliance GAVI, et la Fondation Gates.

** Les premiers pays bénéficiaires devraient être l'Ethiopie, le Burundi, le Mozambique, le Kenya, la Zambie, le Népal, le Cambodge et le Mali.

La France ne finance pas de programmes globaux de soutien du personnel de santé

vers le privé, du monde rural vers les zones urbaines, des pays du Sud vers les pays du Nord. »

Nous déplorons qu'aucun engagement concret ne suive cette déclaration et c'est pour cette raison que nous demandons à la France de prendre une place active dans le Partenariat international en faveur du renforcement des systèmes de santé (voir encadré page 15).

Les demandes de la campagne ***« Immigration : qui choisit ? »***

Pour respecter ses engagements internationaux, la France doit résolument s'engager à renforcer les ressources humaines dans les systèmes de santé des pays du Sud. C'est pourquoi la campagne « Immigration : qui choisit ? » demande à la France :

- D'augmenter l'aide publique au développement allouée à la santé pour atteindre dès 2008 la moyenne européenne ;
- De participer activement au Partenariat international en faveur du renforcement des systèmes de santé, en particulier des ressources humaines ;
- Et d'initier un mécanisme de compensation (détaillé dans la fiche suivante) pour indemniser les pays pauvres de la perte que représente l'émigration de personnel de santé formés dans le pays

A la recherche d'une solution

Accusés de piller les cerveaux des pays du Sud et notamment d'aggraver leur crise sanitaire en recrutant les personnels de santé qualifiés, les pays de l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) ont mis en place des politiques de régulation pour tenter de limiter les phénomènes des professionnels de santé. Cependant, sans geste politique fort pour compenser la perte humaine et financière que subissent ces pays, la crise sanitaire ne trouvera pas de solution.

Tentation gestionnaire

Pour que les bénéfices de la migration de personnels qualifiés soient partagés, de nombreuses politiques de gestion des flux migratoires ont vu le jour. Cependant, devant la complexité des facteurs en jeu, les résultats ont bien souvent été décevants.

Politiques de restriction des départs, de rétention ou de retour volontaire... les pays à forte émigration ont mis en place de nombreuses politiques, soutenues par l'Organisation internationale des migrations, pour tenter de ralentir les départs de travailleurs qualifiés ou, à tout le moins, en tirer un certain bénéfice.

Craignant les conséquences d'une immigration massive ou par démagogie vis à vis d'un électorat de plus en plus préoccupé par la montée du chômage, les pays d'accueil ont mis en place des politiques d'immigration sélective, dont l'objectif est d'orienter voire de limiter l'immigration aux métiers souffrant d'un déficit de main-d'œuvre avéré. Cette ambition gestionnaire, difficile à mettre en œuvre dans les faits, est à l'origine de l'expression « brain drain », traduisant l'idée de pillage des « cerveaux ». Parallèlement, plusieurs pays d'accueil ont durci les lois sur le regroupement familial, le droit d'asile ou le statut de réfugié. L'aboutissement de cette politique en France est illustré par la formule « d'immigration choisie ».

La prise de conscience de la pénurie de personnel de santé dans les pays du Sud, initiée par le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2006, a mis en lumière l'ampleur de la migration de médecins et d'infirmiers, formés ou en formation de spécialité. Ces professionnels alimentent de fait les systèmes de santé des pays riches depuis de nombreuses années.

Accusés de mettre en péril l'accès à la santé dans les pays du Sud, par des politiques de recrutement de médecins à l'étranger, les pays de l'OCDE

ont imaginé un ensemble de mesures pour limiter les effets négatifs de ce phénomène. Code de recrutement éthique,



partenariats entre centres de formation, simplification de l'obtention des visas pour faciliter les allers-retours des médecins, avantages fiscaux sur les transferts de fonds vers leurs pays de départ... Certaines de ces mesures ont déjà été mises en œuvre ou sont en cours d'élaboration. Elles

paraissent cependant insuffisantes au regard des enjeux économiques et sanitaires pour les pays de départ.

Des politiques en question

Devant l'échec des politiques de retour, les institutions internationales prônent la migration circulaire pour favoriser les allers-retours des personnels qualifiés, et notamment des professionnels de la santé. Cependant, sans investissement conséquent dans les systèmes de santé, la migration risque de rester à sens unique.

Le cas des étudiants étrangers en médecine en France

D'après un récent sondage réalisé par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, près de 4 500 étudiants étrangers travaillent en qualité de « faisant fonction d'interne » dans les hôpitaux français. « Ces étudiants doivent en principe retourner dans leur pays après ces formations (...) et ne devraient être accueillis qu'après signature d'une convention entre le pays d'origine et l'Etat français spécifiant les conditions exactes de recrutement, d'enseignement et de durée... En fait, ces conventions ne sont quasiment jamais signées, laissant libre cours à toutes dérives du parcours de ces étudiants. »

Etude de la problématique des PADHUE, Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, 2006.

Les politiques de retour des médecins expatriés

Un certain nombre de pays africains, appuyés par l'Organisation mondiale de la santé, ont mis en place des politiques visant à faciliter le retour des personnels soignants

qualifiés, par une politique d'intégration, après avoir bénéficié d'une formation de spécialité ou d'une expérience

professionnelle dans un pays étranger. Ces programmes impliquent généralement la signature d'un contrat entre le pays de départ, le migrant et le pays d'accueil, garantissant son retour une fois acquies sa formation de spécialité.

Mais ces programmes se sont révélés peu efficaces. S'il est difficile de faire respecter les engagements pris entre pays de départ et migrants, la plupart des pays d'accueil ont en plus mis en place des procédures de régularisation pour permettre aux étudiants en fin d'étude de rester pratiquer dans le pays. Ces mesures entrent en conflit direct avec l'engagement initial de retour.

Codes de recrutement éthique

Au niveau international, il existe huit documents pour encourager un recrutement international éthique de personnel de santé, dont quatre codes de bonne pratique, trois guides et une déclaration émanant d'organismes nationaux ou internationaux.

Mis sur la sellette par la Commission mondiale sur les migrations internationales, selon laquelle il y a plus de médecins malawites à Manchester qu'au Malawi, le Royaume-Uni a pris la tête du mouvement dans ce domaine.



Le ministère de la santé a ainsi adopté en 2001 un code de conduite destiné aux salariés du *National Health Service* chargés du recrutement international de personnels de santé.

Ce code énonce les grands principes destinés à encourager le respect de normes strictes pour le recrutement et l'emploi de personnels de santé venus de l'étranger. Il vise notamment à prévenir le recrutement ciblé de personnes venant de pays en développement en proie à des pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

S'ils peuvent être porteur d'une force morale, aucun de ces instruments n'est juridiquement contraignant. Faute de dispositifs d'accompagnement, de mesures incitatives et de sanctions, leur efficacité est largement mise en question.

Malgré le code, 2/3 des nouveaux médecins embauchés au Royaume-Uni en 2004 venaient de l'étranger

En 2004, 2/3 des nouveaux médecins et 40 % du

personnel infirmier embauché dans l'année venaient de l'étranger, malgré l'existence de ce code³⁵.

En 2005, 1/3 des permis de travail délivrés par le Royaume-Uni ont été délivrés à des personnels de santé, notamment à des médecins.³⁶

Migration circulaire et transfert de fonds des migrants

Transferts de fonds des migrants : une solution pour le renforcement des systèmes de santé ?

Les envois de fonds des travailleurs migrants issus de pays en développement représentent chaque année plus du double du montant total de l'aide au développement. Peuvent-ils pour autant compenser la perte subie par les pays de forte émigration de personnel de santé ? Les experts de la Banque Mondiale estiment que l'impact positif de ces transferts financiers sur la diminution de la pauvreté est pour l'essentiel le fait de travailleurs non qualifiés. Pour les travailleurs qualifiés, et notamment les professionnels de santé, l'avantage que représentent ces transferts est limité en regard des inconvénients liés à leurs départs.

La politique proposée par la France pour augmenter ces transferts et les orienter vers des projets d'investissements à travers la création d'un compte « épargne co-développement » est un élément intéressant. Elle permettra en effet les exonérations fiscales sur les sommes transférées et évitera ainsi la double taxation. Cependant elle ne compensera pas la perte consécutive à l'émigration des personnels soignant qualifiés. Elle permettra encore moins de résoudre la pénurie à laquelle les pays du Sud se trouvent confrontés. Les montants transférés sont en effet les plus faibles là où les besoins en matière de santé, et notamment de personnel soignant, sont les plus criants. L'Afrique subsaharienne ne reçoit ainsi que 4 % du total des transferts mondiaux.

L'avantage des transferts de fonds est limité en regard des inconvénients liés au départ des médecins

Migration circulaire

Faut-il, pour résoudre la pénurie de ressources humaines en santé dans les pays du Sud, fermer nos frontières à la migration de personnel sanitaire ? A l'évidence non. Une politique de fermeture des frontières constitue une atteinte au principe de la liberté de circulation. Par ailleurs, nombre de pays qui font face à une crise majeure de leurs systèmes de santé ont des moyens de formation trop faibles pour permettre à leurs personnels d'acquérir un enseignement de spécialité ou travailler sur du matériel de pointe. La formation dans un pays comme la France est donc un atout, voire dans certains cas une nécessité à court et moyen terme.

Nombres d'institutions internationales poussent donc les Etats du Nord à promouvoir la « circulation des compétences », entre le pays d'accueil et d'origine. La France souhaite s'inscrire dans ce mouvement en organisant les allers et retours des compétences grâce à la création de visas de circulation, dont la carte « compétences et talents ».

Mais si les difficultés d'obtention des visas freinent en effet les démarches de retour, les migrants craignant de ne pas pouvoir revenir en France à nouveau, leur simplification ne pourra en aucun cas suffire à garantir une véritable circulation des compétences. Selon le responsable de CAP Afrique, « Penser pouvoir remédier à la fuite des médecins africains sans agir en profondeur sur les systèmes de santé en Afrique est illusoire. »

Sans amélioration durable des systèmes de santé au Sud, la migration de médecins restera à sens unique

Demander aux pays du Nord de revoir leurs politiques

de recrutement est peut être nécessaire, mais restera insuffisant si l'on ne remédie pas au délabrement sur place des infrastructures sanitaires. »³⁷ La présidente du Groupe d'information et de soutien des immigrés (Gisti) va même plus loin en qualifiant la carte compétences et talents de « gadget », puisque « les immigrés les plus brillants se voient d'ores et déjà délivrer un titre de séjour sans difficultés. Carte de résident de dix ans (sept de plus que la carte compétences et talents). »

L'enjeu de la migration circulaire n'est donc pas tant la réforme des systèmes des visas que le renforcement des systèmes de santé dans les pays qui font face à une pénurie de ressources humaines en santé ou la garantie pour les migrants de trouver un emploi dans des conditions de travail et de rémunération satisfaisantes (équipement dans les hôpitaux, médicaments disponibles, etc.)

Lors de la visite au Bénin de Brice Hortefeux, Ministre de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du co-développement, la délégation béninoise a insisté sur la nécessité, pour favoriser le retour des médecins expatriés, de leur fournir des conditions de travail équivalentes au retour, grâce à des aides financières au secteur médical. L'idéal selon un des médecins de la délégation, serait que la France prenne en charge leur coûts salariaux pendant une période déterminée.

Enfin, par le passé, la tentation gestionnaire de l'immigration a généralement donné de mauvais résultats. Trop de facteurs sont en jeu pour qu'il soit possible de prévoir à la fois les comportements individuels, notamment du migrant, une fois arrivée dans le pays d'accueil. Ceci d'autant plus lorsque le pays d'accueil a, in fine, besoin de ses compétences.

Développer un mécanisme de compensation

L'objectif d'une telle initiative est d'indemniser les pays de départ, qui supportent le coût de la formation de leur personnel soignant, sans que leurs populations

n'en récoltent les bénéfices. Aujourd'hui, les pays qui accueillent les professionnels de la santé se cachent derrière les difficultés techniques pour ne pas compenser ce que certains appellent « une subvention perverse » que les pays du Sud versent aux pays de l'OCDE.

Le coût de la migration des travailleurs qualifiés

Le coût des migrations de travailleurs de la santé pour l'Afrique a été évalué à 355 millions d'euros par an par la Commission pour l'Afrique, car ceux qui quittent leur pays d'origine ont été formés aux frais des dépenses publiques.³⁸ Mais outre le coût de la formation, les coûts indirects, tels que le fardeau croissant des maladies, sont bien plus importants. Selon l'OCDE, cette perte cumulée se chiffre à plus de 700 millions d'euros pour la seule Afrique du Sud.

Les pays développés tirent bénéfice de la venue des talents en provenance des pays en développement. La CNUCED a ainsi calculé que l'arrivée d'un diplômé étranger se traduisait par une économie de 130 000 euros

Coût annuel de la migration de travailleurs de santé pour l'Afrique : 355 millions d'euros

pour le pays d'accueil. Pour l'Afrique en revanche, l'exode des diplômés a un coût. Par ailleurs, les coûts indirects, tels que le fardeau croissant des maladies, sont bien plus importants encore. Pour caractériser ces transferts de fonds, certains analystes n'hésitent pas à parler d'une subvention perverse que les pays du Sud versent aux pays du Nord.

Compenser la perte

C'est pour indemniser tout ou partie de cette perte subie par les pays d'émigration qu'il nous paraît nécessaire de mettre en place un système de compensation. Celui-ci peut avoir plusieurs facettes, purement financière ou par la prise en charge de centre de formation. Ainsi, l'aide au développement devrait permettre de compenser les coûts induits par l'exode des compétences et donc être orientée prioritairement vers les institutions (hôpitaux, universités, etc.) les plus exposées à ce phénomène.

En clair, l'aide pourrait contribuer au financement direct de ces institutions.³⁹

Lors de la visite de Brice Hortefeux au Bénin, le message de la délégation béninoise a été claire. « L'économie béninoise n'offre pas au Ministère de la Santé la possibilité de recruter de jeunes médecins formés sur place et qui demeurent sans emplois. Pour combler ce déficit, une des solutions pour les maintenir serait une assistance financière de la

« Subvention perverse » du Sud au Nord

France par exemple pour les ancrer car ces médecins sont de légitimes candidats à l'émigration vers les pays européens. »

Les politiques initiées par le gouvernement français de défiscalisations des fonds transférés par les migrants, représentent une initiative nécessaire, mais elles ne peuvent se substituer à une véritable politique de compensation. La création d'un mécanisme de compensation est régulièrement proposée par les pays subissant une forte émigration, au sein des forums internationaux sur la migration et le développement, mais se heurtent le plus souvent aux objections des pays d'accueil. Parmi les critiques les plus courantes se trouvent la difficulté d'évaluer le montant de la compensation, ainsi que l'identification du payeur.

Des difficultés techniques qui ne sont pas insurmontables

Définir le montant de la compensation n'est pas une tâche facile. Dans nombre de pays du Sud, notamment en Afrique, où le secteur privé n'est que peu développé, les étudiants réalisent la globalité de leur formation dans des structures publiques. Il convient donc de déterminer si le dédommagement doit ou non prendre en compte la totalité de l'enseignement, depuis le primaire jusqu'aux formations supérieures. Par ailleurs, les chercheurs s'accordent à dire que la perte d'un travailleur qualifié ne peut se résumer au coût de ses études. Chaque diplômé porte en lui un certain potentiel de développement. Il participera par exemple au renforcement des institutions ou de la recherche réalisée par

son pays... Ces éléments doivent nécessairement être pris en compte dans un mécanisme de compensation. Ils sont d'autant plus importants dans le cas des travailleurs de la santé, qui participent au développement sanitaire de leur pays, et dont l'action peut éviter des crises sanitaires majeures. Or le coût, une fois déclenchées, le coût pour les combattre s'avère généralement beaucoup plus élevé que les dépenses réalisées pour les prévenir.

Les mécanismes de compensation sont soutenues par les pays de départ mais se heurtent au refus des pays d'accueil

L'identification des pays de destination ainsi que des secteurs qui bénéficient des personnels formés à l'étranger est également source de débat. La crainte des Etats est de devoir payer des dédommagements pour un bénéfice privé, puisque dans certains pays les principaux employeurs de personnels de santé sont relégués au secteur privé. Ce n'est cependant pas le constat réalisé en France, où la majorité des praticiens formés à l'étranger exercent dans les hôpitaux publics.

Si les difficultés techniques existent, la France et les autres pays qui bénéficient de la migration de personnel de santé ne doivent pas se cacher derrière ces arguments pour refuser de compenser les pertes réelles subies par les pays d'émigration. Nous demandons à la France d'initier un mécanisme de compensation pour lancer un signal politique fort en direction des pays qui souffrent d'une pénurie de personnel de santé, et qui voient parallèlement leurs professionnels s'expatrier.

Notes

¹ Adoptés en 2000 par les chefs d'Etats et de gouvernement des Nations Unies, les OMD visent notamment à réduire des ¾ la mortalité maternelle, des 2/3 la mortalité infantile et enrayer la propagation du sida et autres maladies infectieuses d'ici à 2015

² *Payer pour les personnes*, Document d'information, Oxfam, avril 2007. Disponible à l'adresse : http://www.oxfam.org/fr/policy/briefingpapers/bp98_personnel_salaire

³ *Travailler ensemble pour la santé*, Rapport sur la santé dans le monde 2006, OMS, avril 2006. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf

⁴ *Op cit*, OMS 2006.

⁵ *UN envoy on AIDS in Africa urges IMF to ease requirements on Zambia*, Nations unies, 11 juin 2004. Disponible à l'adresse : <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=11032&Cr=zambia&Cr1=aid>

⁶ Déclaration d'Adul-Aziz Wane, représentant résident du FMI au Mali, Bamako, 19 juin 2007. Disponible à l'adresse : http://www.lemali.fr/education/education_au_mali/le_fmi_pour_le_recrutement_d%92enseignants_200706194992.html.

⁷ *Stratégie française de coopération et d'aide au développement dans le secteur de la santé - Actualisation 2007-2012*, Groupe de travail présidé par Mme Michèle Barzach, juillet 2007.

⁸ Notamment du Département de coopération britannique (DFID) et du Fonds mondial de lutte contre le Sida, qui financent chacun le programme à hauteur de 100 millions de \$, sur un montant total estimé à 273 millions de dollars.

⁹ *Op cit*, OMS 2006.

¹⁰ *Help wanted - confronting the health care worker crisis to expand access to HIV/AIDS treatment : MSF experience in southern Africa*, Médecins sans frontières, mai 2007. Disponible à l'adresse : http://www.msf.org/source/countries/africa/southafrica/2007/Help_wanted.pdf

¹¹ *La démographie médicale future : mesures proposées par l'Ordre des médecins*, CNOM, décembre 2001. Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/demofuture.pdf>

¹² *Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2006*, Rapport du CNOM, juin 2006.

¹³ *Op cit*, CNOM 2006.

¹⁴ *L'exercice médical à l'horizon 2020*, Rapport du CNOM, juin 2004. Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/cnpexercicemedicalalhorizon2020.pdf>

¹⁵ *Op cit*, CNOM 2004.

¹⁶ *Immigration sélective et besoins de l'économie française*, Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, janvier 2006. Disponible à l'adresse : http://www.minefi.gouv.fr/directions_services/sircom/documentation/rapport_immigration.pdf

¹⁷ Pour plus de détails, se reporter au site : <http://unistatis.orsid.com/bmo/index.php>

¹⁸ *Op cit*, CNOM 2004.

¹⁹ *Rapport de la commission « Démographie médicale »*, commission présidée par Yvon Berland, avril 2005. Disponible à l'adresse :

[http://www.parhtage.sante.fr/re7/als/doc.nsf/VDoc/8A8A1E58DD20718DC125700B0043D24A/\\$FILE/D%C3%A9mographie_m%C3%A9dicale_France_rapport_0504.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/als/doc.nsf/VDoc/8A8A1E58DD20718DC125700B0043D24A/$FILE/D%C3%A9mographie_m%C3%A9dicale_France_rapport_0504.pdf)

²⁰ *Perspectives des migrations internationales*, SOPEMI 2007, OCDE, juin 2007. Taux d'expatriation des médecins en 2000 : Bénin: 40,9 %, Togo: 40,5 %, Sénégal: 43 %, Congo: 41,6 %.

²¹ Déclaration de Habib Ouane, directeur de la division de la Crucead chargée de l'Afrique, des PMA et des programmes spéciaux, article de Christian Losson dans le monde 20 juillet 2007. Disponible à l'adresse : www.lemonde.fr.

²² *Op cit*, SOPEMI 2007, OCDE.

²³ *Migration and remittances*, Banque mondiale 2006. Disponible à l'adresse : http://siteresources.worldbank.org/INTMOLDOVA/Resources/Migration_FullReport.pdf

²⁵ *L'immigration qualifiée et ses conséquences : quelle politique migratoire au service de l'Afrique et de la France ?* CAP Afrique, 2006. Disponible à l'adresse : http://www.capafrrique.org/pdf/20060502CAPAfrique_Immigrationqualifiee.pdf

²⁶ *Etude de la problématique des PADHUE*, CNOM, avril 2006. Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/padhue2006.pdf>

²⁷ Chiffres fournis par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

²⁸ *Op cit*, CNOM 2006.

²⁹ *Op cit* : SOPEMI 2007, OCDE.

³⁰ *Délibération n°2005-56 du 27 février 2006*, Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE). Disponible à l'adresse : http://www.snpadhue.com/docs/HALDE_Deliberations_fevrier_novembre_2006.pdf

³² Source : Stratégie française de coopération et d'aide au développement dans le secteur de la santé

³⁴ Voir pour plus de détails le rapport d'Oxfam International : *Paying for people*, 2007

³³ Adoptés en 2000 par les chefs d'Etats et de gouvernement des Nations Unies, les OMD visent notamment à réduire des 3/4 la mortalité maternelle, des 2/3 la mortalité infantile et enrayer la propagation du sida et autres maladies infectieuses d'ici à 2015

³⁴ *Op cit*, Oxfam 2007.

³⁵ *Warning over healthcare migration*, Article publié dans BBC News le 11 mai 2005. Disponible à l'adresse : <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/4535805.stm>

³⁶ *Op cit*, SOPEMI 2007, OCDE.

³⁷ *Trois orientation pour limiter la pénurie de médecins en Afrique*, Matthieu Loitron, CAP Afrique, avril 2007. Disponible à l'adresse : http://www.capafrique.org/pdf/20070402_CAPAfrique_sante.pdf

³⁸ *Notre intérêt commun*, Rapport de la commission pour l'Afrique, 2005. Disponible à l'adresse : http://www.commissionforafrica.org/english/report/thereport/french/11-03-05_cr_report_fr.pdf

³⁹ *Op cit*, CAP Afrique 2006.