En quête du métier de médecin

Immigrations de professionnels de santé ouest-africains en France

Christelle Fifaten Hounsou

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/2887>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.2887

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 juillet 2014

Pagination : 105-114

ISBN : 978-2-919040-28-5

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Christelle Fifaten Hounsou, « En quête du métier de médecin », *Hommes & migrations* [En ligne], 1307 | 2014, mis en ligne le 01 juillet 2017, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/2887> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.2887

EN QUÊTE DU MÉTIER DE MÉDECIN

IMMIGRATIONS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ OUEST-AFRICAINS EN FRANCE

par CHRISTELLE FIFATEN HOUNSOU, doctorante, unité de recherches "Migrations et société" (URMIS), université Paris-VII-Denis-Diderot.

Les politiques d'immigration choisie mises en place par les pays du Nord ont accru la mobilité internationale des travailleurs hautement qualifiés. Dans le secteur du soin, elles s'accompagnent de logiques néolibérales pour pallier le manque de main-d'œuvre. Le cas de la migration des médecins originaires d'Afrique de l'Ouest vers la France permet d'analyser les conditions de leur exercice en France. Si la question de leur retour dans leur pays d'origine continue de se poser, il est temps de s'affranchir du paradigme de la fuite des cerveaux.

Depuis la décennie 1990, les migrations de professionnels hautement qualifiés sont l'objet d'un intérêt renouvelé. C'est la conséquence de la généralisation et du renforcement de politiques migratoires sélectives au Nord, mais aussi dans les pays émergents et en voie de développement. Avec plus ou moins de moyens de gestion et de contrôle des flux migratoires, les gouvernements veulent faire correspondre le profil des migrants aux besoins en main-d'œuvre de leurs économies. Les politiques d'"immigration choisie" ciblent selon leur origine et leurs compétences des migrants, dont elles organisent la mobilité internationale au service de la division du travail à l'échelle mondiale. Tous les travailleurs sont concernés. Mais, dans un contexte

d'économie de la connaissance¹, les États se livrent une concurrence accrue pour attirer et/ou retenir les hommes et les femmes au capital humain, social et économique le plus élevé². Les "migrants hautement qualifiés" sont devenus l'un des principaux enjeux des migrations contemporaines.

Un changement de paradigme

Les migrations de personnels hautement qualifiés, phénomène ancien, ont été interrogées à partir du concept de "fuite des cerveaux". Les analyses ont porté plus particulièrement sur les causes des migrations des personnels hautement qualifiés du

1. Dominique Foray, *L'Économie de la connaissance*, Paris, La Découverte, 2000. 2. Anne-Catherine Wagner, *Les Nouvelles Élités de la mondialisation. Une immigration dorée en France*, Paris, Presses universitaires de France, 1998 ; Jean-Luc Metzger, Philippe Pierre, Laurence Servel, "Les élites de la mondialisation. Champions nationaux ou citoyens du monde ?", in *Working Papers*, LSCII/CNRS, 2001 ; Anne-Marie Gaillard, Jacques Gaillard, "Fuite des cerveaux, circulation des compétences et développement : un enjeu politique", in *Mots pluriels*, n° 20, 2002.

Sud vers le Nord, ainsi que sur leurs conséquences sur le développement des pays émetteurs³. Les politiques d'incitation au retour élaborées et mises en œuvre avec plus ou moins de succès ont été décrites. Mais de plus en plus, la réflexion est tournée vers les réseaux diasporiques (scientifiques et techniques notamment) en tant que vecteur de transmission des connaissances et du savoir-faire acquis par les migrants vers leur pays d'origine⁴. C'est un changement paradigmatique notable, qui a son programme : *"relire la fuite (...) en termes d'option diaspora", c'est-à-dire en termes de choix, de projets, de conditions d'exercice de la liberté de création, de mouvements de travailleurs migrants de la connaissance dans la production, la circulation des connaissances mondiales en lien avec le développement soutenable s'appuyant sur l'héritage des droits de l'homme, l'appropriation des résultats, des produits en vue d'assurer les besoins fondamentaux des pays d'origine*⁵. Pour le dire autrement, les mobilités de travailleurs hautement

Dans un contexte
continuellement redéfini par
les politiques migratoires des
États, le sujet n'est
pas seulement un travailleur
migrant au service
des économies des pays entre
lesquels il circule, c'est aussi
un professionnel porté par
son "désir de métier".

qualifiés doivent être définies non plus en termes de coût, mais en tant qu'opportunités pour les migrants de contribuer à l'élaboration et à l'apprentissage d'innovations dont ils pourront aussi faire bénéficier leur pays d'origine. C'est une hypothèse que nous tentons de vérifier empiriquement dans le cadre d'une recherche doctorale portant sur les mobilités internationales de médecins originaires d'Afrique de l'Ouest exerçant en France (MoAO). Cette catégorie regroupe des praticien(ne)s né(e)s

Kara est titulaire d'une maîtrise d'économie depuis 2008. Afin de subvenir à ses besoins quotidiens, il tient un stand de repassage sur le campus de Cocody. Pour construire sa boutique au pied de sa chambre, il a investi près de 20 000 FCFA (30 euros). Il repasse un vêtement pour 50 FCFA (0,08 euros). Son salaire journalier est de 1000 FCFA (1,5 euros).
Abidjan, mars 2010. © CAMILLE MILLERAND

en Afrique, au sud du Sahara, dans les pays anciennement colonisés par la France. Dotés d'un diplôme de médecine hors Union européenne, ils ont exercé ou exercent en France depuis 1974 – date de la suspension officielle de l'immigration⁶. Des entretiens menés entre 2007 et 2012 auprès de 27 MoAO ont permis de reconstituer leur carrière migratoire et professionnelle. En les articulant, on opère une redéfinition épistémologique. Dans un contexte continuellement redéfini par les politiques migratoires des États, le sujet n'est pas seulement un travailleur migrant au service des économies des pays entre lesquels il circule, c'est aussi un professionnel porté par son "désir de métier".

3. Ibrahima Amadou Dia, "Déterminants, enjeux et perceptions des migrations scientifiques internationales africaines : le cas du Sénégal", in *Global migration perspectives*, n° 32, 2005. 4. Rémy Barré, Valéria Hernandez, Jean-Baptiste Meyer, Dominique Vinck, *Diasporas scientifiques. Comment les pays en développement peuvent-ils tirer parti de leurs chercheurs et de leurs ingénieurs expatriés ?*, Paris, IRD, 2003 ; Jean-Baptiste Meyer, "Les diasporas de la connaissance : atout inédit de la compétitivité du Sud", in *Revue internationale et stratégique*, vol. 3, n° 55, 2004, pp. 69-76. 5. Marie-Claire Caloz-Tschopp, "Scientific diasporas, migration and development. A perspective from philosophy and political theory", in Gabriela Tejada, Jean-Claude Bolay (dir.), *Scientific Diasporas as Development Partners*, Berne, Peter Lang, 2010, pp. 3-21. 6. Sylvain Laurens, "1974' et la fermeture des frontières", in *Politix*, vol. 2, n° 82, 2008, pp. 69-94. 7. Florence Osty, *Le Désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes Presses universitaires de Rennes, 2003.

Plus précisément ici, après un état des lieux des migrations internationales des médecins, et plus particulièrement des médecins originaires d'Afrique subsaharienne, nous interrogerons les modalités de leur insertion professionnelle et de leur pratique en France. Nous verrons que les contraintes qui pèsent sur eux sont peu propices à la circulation des individus, comme de leurs savoirs acquis.

Les médecins, idéaux types des cerveaux africains en fuite ?

"Il y a plus de médecins béninois en Île-de-France qu'au Bénin." On a souvent entendu cette formule dénonçant les importantes migrations de professionnels de la santé en Afrique. En 2007 plus particulièrement, au moment de la mise en œuvre de la politique française d'immigration choisie, elle a été souvent rappelée par les autorités politiques⁸ en appui au concept de codéveloppement⁹. En cela, ces dernières veulent se faire l'écho de la préoccupation de plus en plus marquée des institutions internationales (Organisation mondiale pour la santé, Banque mondiale) pour les migrations internationales de professionnels de la santé¹⁰ et plus particulièrement des médecins africains¹¹, du fait notamment de l'épidémie du sida et des objectifs du millénaire pour le développement à réaliser d'ici 2015. Mais, comme l'indiquent à juste titre Alok Bhargava et Frédéric Docquier, *"le débat sur les conséquences de la fuite des cerveaux des pays en développement reste*

*essentiellement théorique*¹²". De fait, il n'existe pas de données comparatives précises sur les mobilités internationales de personnels hautement qualifiés. Les pays d'origine ne dénombrent pas les flux d'émigration. Pour prendre une certaine mesure du phénomène, il faut s'appuyer sur les chiffres fournis par les associations professionnelles ou les statistiques migratoires dans les pays d'immigration. Ce qui rend ces chiffres toujours incomplets car les associations professionnelles ne tiennent compte que des professionnels officiellement autorisés à exercer. Les statistiques sont, quant à elles, le reflet des politiques qui structurent les flux migratoires. Ainsi, un médecin accueilli sous le statut de réfugié, par exemple, sera considéré comme demandeur d'asile sans que sa profession soit prise en compte.

La base de données élaborée par Bhargava et Docquier portant sur le *"medical brain drain"* en provenance de 44 pays d'Afrique subsaharienne et à destination de 16 des plus importants pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE)¹³ entre 1991 et 2004 indique qu'au cours de cette période, si pour certains pays (Angola, Bénin, Burkina Faso, Tchad, Gambie, Ghana, Kenya, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Sénégal, Afrique du Sud et Ouganda) les taux d'immigration des médecins ont connu des baisses significatives, cette fuite des cerveaux reste très importante pour le Libéria (près de 35%), l'Éthiopie et la Somalie, ou encore le Ghana. Confrontés à l'obsolescence, voire

"Il y a plus de médecins béninois en Île-de-France qu'au Bénin."

8. Nicolas Sarkozy déclare à plusieurs reprises qu'*"il y a plus de médecins béninois en région parisienne que dans tout le Bénin"*. Brice Hortefeux précise que *"près de 80 % du personnel soignant des hôpitaux de Martinique et 60 % de celui de Guadeloupe sont originaires du Bénin, alors que vous [les Béninois] sur place vous manquez de spécialistes et de compétences"* (Le Figaro, 22 juin 2007). 9. Les paradoxes et contradictions de la politique d'immigration choisie à la française ont souvent été soulignés. Voir notamment Flore Gubert, *"(In)cohérence des politiques migratoires et de codéveloppement françaises"*, in *Politique africaine*, vol. 1, n° 109, 2008, pp. 42-55 ; Ange Bergson Lendja Ngemzue, *"Politique française : immigration et codéveloppement à la lumière du discours de Dakar"*, in Bernard Founou Tchuigoua, Alfred Inis Ndiaye (dir.), *Migrations de travail et insécurité humaines. Afrique occidentale-Europe*, Paris, L'Harmattan, 2009. 10. Organisation mondiale de la santé, *"Rapport sur la situation dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé"*, OMS, 2006 ; Jean-Christophe Dumont, Pascal Zurn, *"Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés"*, in *Perspectives des migrations internationales SOPEMI*, Paris, OCDE, 2007, pp. 171-244. 11. Organisation de coopération et de développement économiques, *"La mobilité internationale des professionnels de la santé. Évaluation et enjeux à partir du cas sud-africain"*, in *Tendances des migrations internationales 2003*, Paris, OCDE, 2004 ; Organisation mondiale de la santé, *"Migration of health professionals in six countries : a synthesis report"*, WHO Regional Office for Africa, 2004 ; Emilie Hennequin, Jean-Marie Meyo, *"La fuite des cerveaux du Sud vers le Nord : comprendre et gérer la mobilité du personnel soignant camerounais"*, Actes du colloque Amades, Toulouse, 2009. 12. Alok Bhargava, Frédéric Docquier, *"A new panel data set on physicians' emigration rates (1991-2004)"*, document de travail, Louvain-La-Neuve, Economics School of Louvain, 2007. 13. *Ibid.*

à l'inexistence d'infrastructures de santé, au déficit d'investissement dans la formation et la recherche et à l'absence de perspectives de carrière due au gel des recrutements, de nombreux personnels soignants du continent émigrent en profitant de législations favorables aux migrants hautement qualifiés, et plus particulièrement aux professionnels de la santé dans les pays du Nord. Ces pays ont recours à des médecins migrants pour compenser des pénuries en personnels de la santé dues à la hausse continue de la demande en soins, à la baisse des dépenses publiques de la santé, au vieillissement de la population qui nécessite des formes de prise en charge spécifiques ou encore au vieillissement des effectifs du secteur. En 2007, les États-Unis comp- taient 26 % de médecins formés à l'étranger¹⁴, la Nou- velle-Zélande près de 38%,

La France occupe une position originale dans ce palmarès car elle affiche l'un des taux les plus bas de médecins étrangers et/ou dotés de diplômes étrangers des pays de l'OCDE.

l'Irlande 35,3 %, tandis que le Canada en déclarait 17 %¹⁵. D'après des données fournies par l'OCDE en 2000, les immigrants médecins dans les pays membres de l'organisation venaient d'Asie (Inde, Indonésie) majoritairement à 41,6 %, d'autres pays de l'OCDE à 26, 7%, l'Amérique latine, l'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne représentant respectivement 10,8 %, 7,2 % et 7,8 %. D'un pays à l'autre, ces observations peuvent largement différer, la présence de médecins étrangers dépendant de politiques migratoires spécifiques, de la proximité géographique ou linguistique, ou encore des relations privilégiées entre le pays d'accueil et le pays d'origine. Mais, en règle générale, la part des médecins originaires d'Afrique de l'Ouest, et plus généralement d'Afrique, reste limitée. Cela pourrait s'expliquer par le nombre restreint de profession-

nels de la santé diplômés dans ces pays du fait du coût de formation trop élevé, et de la défiance des pays d'immigration envers ces professionnels dont les compétences ne sont pas jugées au niveau.

La France, un terrain d'observation privilégié

La France occupe une position originale dans ce palmarès car elle affiche l'un des taux les plus bas de médecins étrangers et/ou dotés de diplômes étrangers des pays de l'OCDE. Ainsi, au 1^{er} janvier 2013, 8 % seulement des inscrits au tableau du Conseil national de l'ordre des médecins détenaient un diplôme obtenu à l'étranger¹⁶, ce qui représente quelque 19 762 médecins sur les 215 865 exerçant en France. Cela s'explique par deux raisons. La législation française interdit aux étrangers l'accès à de nombreux secteurs du marché de l'emploi. Les professions libérales et la fonction publique sont les plus concernées¹⁷. À cela s'ajoutent les prérogatives corporatistes historiquement marquées par la xénophobie et la discrimination¹⁸ d'une profession médicale largement autonome. De ce fait, la pratique de la médecine est soumise en France à trois conditions cumulatives (article L. 4111-1 du code de la Santé publique) : avoir la nationalité française ou être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, posséder un diplôme français ou reconnu par équivalence et, enfin, être admis par la profession elle-même par l'inscription à l'Ordre des médecins.

La démographie médicale pose pourtant problème. L'enjeu en France est l'accès à une offre de soins de niveau satisfaisant, et également répartie sur l'ensemble du territoire¹⁹. Mais, tandis que se multiplient les déserts médicaux, plusieurs années d'un

14. Des discussions sont toujours en cours quant aux critères de définition des travailleurs immigrés composant la fuite des cerveaux (niveau d'études au moment de la migration, pays de naissance du migrant, nationalité du diplôme, nationalité du migrant au moment de l'enquête). Nous avons choisi de citer ici des données portant sur la nationalité du diplôme. 15. Jean-Christophe Dumont, Pascal Zurn, "Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés", *art. cité*. 16. À noter qu'une part importante de ces diplômés est constituée de Français, qui de plus en plus vont se former en Belgique, en Suisse, voire en Roumanie. 17. "5,3 millions d'emplois demeurent fermés aux étrangers non européens", in *Observatoire des inégalités*, 17 septembre 2011 [En ligne]. 18. Gérard Noiriel "Professions de santé, professions protégées : un historique", in *Migrations société*, vol 16, n° 95, 2004, pp.65-76 ; Marc-Olivier Déplaud, "Une xénophobie d'État ?", in *Politix*, vol. 3, n° 95, 2011, pp. 207-231. 19. Olivier Véran, "Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public", in *Les Tribunes de la santé*, n° 39, 2013, pp.77-85.

sévère *numerus clausus* appliqué aux études médicales²⁰ ont augmenté les besoins en personnels qualifiés. L'État français tente d'y remédier en s'appuyant sur le principe de la liberté de circulation et d'installation des travailleurs au sein de l'Union européenne. Il a ainsi multiplié le recrutement de médecins communautaires – en forte progression de 43 % sur la période 2008-2013. Les praticiens européens constituent à eux seuls la moitié des stocks de médecins étrangers et/ou dotés d'un diplôme étranger travaillant aujourd'hui en France²¹. Quant à la présence subsaharienne, elle est marginale. Le Sénégal compte quelque 300 médecins inscrits (1,6 %) ; les Malgaches sont la première nationalité de cette région du monde sur le tableau de l'Ordre des médecins en France avec environ 770 médecins (3,9 %)²².

Les praticiens à diplôme hors Union européenne dans le système de soins français

La fermeture de la profession médicale aux étrangers extra-communautaires et le recours aux médecins originaires d'Europe de l'Est notamment²³ occultent les nombreuses situations d'emploi en France de praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Cette problématique bien connue au sein des hôpitaux français décrit des médecins (mais aussi des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes) qui, bien que détenteurs d'un diplôme non européen et n'ayant pas la plénitude de l'exercice, travaillent dans les établissements de santé (établissement public de

santé et participant au service public de santé). Ils ont été recrutés à partir des années 1980 pour pallier les conséquences induites par les réformes de l'État visant à réduire les coûts de l'accès aux soins : baisse du *numerus clausus*, contingentement de la spécialisation au bénéfice de la médecine générale, dégradation des conditions de travail en milieu hospitalier et rémunérations peu attractives²⁴. Ils travaillent comme faisant fonction d'interne, praticien attaché associé ou assistant associé, des statuts d'emploi souvent soumis à une pratique sous tutelle, qui s'inscrivent dans les dispositifs de régularisation, dont les procédures d'autorisation qui ont permis à plus de 11 000 médecins

avec un diplôme non européen de pouvoir théoriquement bénéficier des mêmes conditions d'exercice que leurs collègues avec un diplôme français ou européen²⁵. Mais l'accumulation des dispositifs de régulation des médecins avec un diplôme hors Union européenne – avec, par exemple, des contrats uniquement dans le cadre d'un emploi au sein d'établissements de service public, des procédures d'autorisation qui peuvent durer plus de dix ans ou les quotas appliqués aux postes de spécialité ouverts aux PADHUE – révèle une mise à la disposition de l'administration hospitalière d'une main-d'œuvre hautement qualifiée, peu chère et réputée de passage. Ce que confirme leur importante

Tandis que se multiplient les déserts médicaux, plusieurs années d'un sévère *numerus clausus* appliqué aux études médicales²⁰ ont augmenté les besoins en personnels qualifiés. L'État français tente d'y remédier en s'appuyant sur le principe de la liberté de circulation et d'installation des travailleurs au sein de l'Union européenne.

20. Voir www.ecosante.fr. En 1972, le nombre de personnes ayant passé le cap de la deuxième année des études de médecine, niveau où s'applique le *numerus clausus*, était de 8 588. Ce chiffre va atteindre son niveau le plus bas en 1993 avec 3 500 étudiants admis. En conséquence, le nombre de diplômés en fin d'études n'a cessé de décroître, passant de 9 236 médecins en 1978 (chiffre le plus haut) à 3 232 en 2002. Depuis les années 2000, le *numerus clausus* a été progressivement augmenté (7 492 en 2013) et donc aussi le nombre de nouveaux médecins qui était de 4 384 en 2011. Ce qui ne permet pas de compenser les besoins induits par les évolutions démographiques.

21. Xavier Deau, "Étude de la problématique des PADHUE (praticiens à diplôme hors Union européenne)", rapport du Conseil national de l'ordre des médecins, avril 2006. 22. Il est à noter que le tiers des médecins à diplôme hors Union autorisés à travailler en France viennent du Maghreb, l'Algérie à 22 %, le Maroc à 5,8 % et la Tunisie à 2,7 %. Voir Xavier Deau, "Étude de la problématique des PADHUE", *art. cité*.

23. Raymonde Séchet, Despina Vasilcu, "Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice", in *Noroi*, n° 223, 2012, pp. 63-76. 24. Marc-Olivier Déplaud, "Une xénophobie d'État ?", in *Politix*, vol. 3, n° 95, 2011, pp. 207-231. 25. Claire Hatzfeld, Mathieu Boidé, Alain Baumelou, "Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire", in *Hommes & Migrations*, n° 1282, 2009, pp. 90-100 ; Cyril Wolmark, "Médecins étrangers : sortir de l'invisibilité", in *Plein droit*, n° 92, 2012, pp. 36-40.

contribution au service, tout en coûtant moins cher à leurs employeurs : *“Un FFI [faisant fonction d’interne] coûte moins cher à l’hôpital qu’un interne de spécialité en termes de rémunération brute annuelle et de gardes. Une garde effectuée par un FFI représente environ 80 % de celle d’un résident ou d’un interne de spécialité de première ou de deuxième année, et les deux tiers de celle d’un interne de spécialité de troisième ou de quatrième année... Il en est de même pour les attachés associés. Non inscrits à l’Ordre du fait de leurs diplômes et/ou de leur nationalité, ils ne peuvent*

pas accéder aux postes mentionnés dans les deux premières catégories. Ils restent donc les moins rémunérés... Un assistant associé revient aussi moins cher à l’hôpital qu’un assistant. En embauchant un assistant

associé, généraliste ou spécialiste, l’établissement hospitalier peut économiser 5 % des émoluments annuels d’un assistant²⁶.”

Selon la Fédération des praticiens de la santé (FPS), 6788 PADHUE travaillaient au 1^{er} mars 2007 dans les hôpitaux français, dont 12 % de Subsahariens. Le syndicat, qui s’appuyait sur une enquête déclarative menée auprès de 25 des 26 anciennes directions régionales des affaires sanitaires et sociales, prévenait : *“Par recoupement d’informations, il semblerait que des établissements aient sous-déclaré la présence de ces personnels afin de ne pas afficher des situations locales illégales. Les données obtenues peuvent aussi faire apparaître des oublis ou des doubles comptes (prise en compte d’un même individu par 2 établissements différents lors par exemple d’un recrutement à temps partiel)²⁷.”* Au-delà, l’étiquette PADHUE renvoie aussi bien aux médecins à diplôme étranger reconnus qu’à ces “non-autorisés”, c’est-à-dire les étudiants en 3^e cycle de spécialisation qui doivent *“en principe retourner dans leur pays après [leur] formation²⁸”*, aux praticiens engagés dans une procédure de reconnaissance et en attente d’une autorisation d’exercice, aux recalés des procédures,

à ceux qui ne remplissent pas les conditions pour y être soumis, auxquels nous ajoutons les médecins qui travaillent plus ou moins légalement comme infirmiers ou aides-soignants et tous ceux qui se sont reconvertis dans un autre métier. Tout cela rend le nombre estimé de praticiens à diplôme hors Union européenne en France sujet à caution.

Des carrières professionnelles malgré tout

Les données fournies, bien que imprécises, indiquent d’abord que si les immigrations de professionnels de la santé originaires d’Afrique subsaharienne n’atteignent pas les proportions que pourrait laisser imaginer la place de la figure du “médecin africain” dans les débats autour de la politique d’immigration choisie, elles pourraient être sous-estimées. On voit aussi que les MoAO sont fortement représentés parmi les médecins étrangers les plus précarisés. Dans ce contexte, la migration des MoAO ne prend du sens que dans la durée, à mesure qu’ils capitalisent des savoir-faire et un savoir-être de médecin à diplôme hors UE en exercice en France. *“Moi, vraiment, si je suis venu en France, c’est parce que j’en avais marre de la situation à Cotonou. C’est toujours les mêmes qui ne veulent pas lâcher leur poste. Moi cela faisait six ans que j’étais sorti de la faculté de médecine. J’avais trouvé un poste de médecin sur le campus mais je voyais bien que les gens n’étaient pas contents. La place était très convoitée. Et dès que ça a été possible, ils m’ont fait sauter. Je n’ai pas été renouvelé. Donc j’ai décidé de partir. J’ai envoyé mon dossier en 2000 pour faire un DESS en santé publique. Je voulais travailler pour une ONG là-bas. C’est ce qu’elles demandaient souvent. Alors j’ai envoyé mon dossier à l’université qui a dit oui. C’est comme ça que je suis venu en France.”*

Pour ce médecin originaire du Bénin, l’émigration a été motivée par la volonté d’acquérir de nouvelles compétences. C’est le cas de tous les médecins ren-

Pour ce médecin originaire du Bénin, l’émigration a été motivée par la volonté d’acquérir de nouvelles compétences.

26. Linda Denour, Rémi Junker, “Les médecins étrangers dans les hôpitaux français”, in *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 11, n° 3, 1995, pp. 151 et 152. 27. Fédération des praticiens de santé, “Synthèse de l’enquête sur les médecins n’ayant pas la plénitude d’exercice en France”, 2005 [En ligne], “Enquête sur les médecins à diplôme hors Union européenne”, 2007 [En ligne].

28. Xavier Deau, “Étude de la problématique des PADHUE”, art. cité., p. 4.

« Avant pour avoir une chambre il fallait être syndiqué... Maintenant, ce sont les méritants qui bénéficient d'une place en cité U... » E., 25 ans, étudiant en psychologie.
Mai 2014 © CAMILLE MILLERAND

contrés. Pour eux, la formation fait partie d'un véritable projet professionnel. Soit ils espéraient que cela leur donnerait à leur retour de la valeur ajoutée sur des marchés de l'emploi étriqués. Soit, et c'est le cas pour la majorité, ils estimaient leur horizon bouché dans le pays d'origine et ils sont partis un peu comme à l'aventure, mais de façon éclairée. Pour saisir les opportunités certes incon- nues, mais qui ne manqueront pas de se présenter, ils veulent se doter de qualifications et de compé- tences mieux cotées à l'international.

Le choix de la France est facilité par sa gestion de l'immigration étudiante intégrée à sa politique de coopération internationale et d'aide au dévelop- pement des pays les plus pauvres. C'est ainsi que des milliers d'étudiants, pour une part importante issus des anciennes colonies, sont accueillis par les

universités françaises à des coûts bien plus accessibles que dans les autres pays d'Eu- rope et d'Amérique du Nord. Pour ce qui est des études médicales plus particulièrement, des formations réservées aux étrangers ont été mises en place, dont les diplômes ne sont pas homologués en France. Les méde- cins qui les ont obtenus ne peuvent donc pas s'en prévaloir pour y travailler. Les MoAO rencontrés disent en avoir eu connaissance avant même d'arriver. Mais ils savaient, ou découvraient sur place, qu'ils avaient la pos- sibilité d'avoir accès à un emploi rémunéré. *“Pour mon stage d'attestation de formation spé- cialisée (AFS²⁹), je n'ai pas eu de mal à trouver mais ce n'était pas payé. C'est là-bas que je me suis rendu compte que je pouvais faire FFI. Dès que j'ai trouvé un poste, je suis parti. Je me sou- viens que je devais faire les allers-retours entre Rhône-Alpes et Paris. Et puis je faisais des rem- placements aussi. C'était dur mais c'est comme ça qu'on apprend. Si on se débrouille bien, on peut se faire beaucoup d'argent. Après, j'ai décidé de faire une formation d'urgentiste. Là, tu as beaucoup de postes vacants parce que les Blancs n'ai- ment pas beaucoup ça, je crois.”*

Entre opportunités professionnelles et invisibilité sociale

Malgré les nombreuses contraintes administra- tives mais aussi politiques qui pèsent sur eux, les MoAO, en se construisant dans le contexte migra- toire des carrières individualisées et autono- mées, s'ouvrent à des modes de reconnaissance plus ou moins satisfaisants. Ces professionnels se rendent indispensables à l'ensemble du système de santé en se formant aux spécialités en crise de vocation. En cumulant emplois et missions d'in- térêt multiples, parfois très loin dans les régions françaises souffrant de pénurie en personnels spé-

²⁹. Avec l'attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA), diplôme de 3^e cycle de spécialisation réservé aux médecins étrangers autres que les ressortissants de l'Union européenne et les Andorrans.

cialisés, ils peuvent s'assurer des revenus bien plus importants que leurs collègues avec un diplôme français ou européen. Ils doivent pour cela accepter des conditions d'exercice dures et harassantes. De nombreux MoAO rencontrés s'en revendiquent d'ailleurs. Leurs discours semblent s'être élaborés en adéquation avec leur situation, qu'ils justifient dans un réflexe de rejet de tout apitoiement. Les formes de mise au travail qu'ils expérimentent démontrent, selon eux, leurs capacités d'adaptation. Quand les difficultés qui y sont liées ne sont pas euphémisées, elles sont considérées comme passagères et constructives sur un marché du travail de soin de plus en plus concurrentiel.

La réalisation du "désir de métier" passe donc par le surinvestissement dans le travail et dans la formation. Pour les MoAO, elle reste malgré tout inachevée tant qu'ils n'ont pas acquis la reconnaissance de l'Ordre des médecins et donc de leurs pairs. Pour cela, ils adoptent une stratégie de conformation aux règles en vigueur dans la société d'accueil : *"Moi je trouve normal qu'on nous demande des examens de vérification de connaissances"³⁰... Oui, même si ça fait sept ans que je travaille ici. Mais cette histoire est vraiment hypocrite parce que, dans ce cas-là, il faudrait vérifier les connaissances de tout le monde.*

Je vois les collègues français qui sont incapables de faire une piqûre. Nous, en Afrique, c'est la première chose qu'on apprend à faire. Ici, c'est le rôle des infirmières. Dans ce cas-là, qu'est-ce que je dois dire ? Que ce médecin ne connaît pas son métier ? Moi je n'ai pas de problèmes avec ça. S'il veut

vérifier mes compétences, je suis sûr de moi."

En France, les procédures d'autorisation peuvent durer plus de dix ans. Pendant ce temps très long, les MoAO disposent de tous les accès symboliques de l'exercice même restreint : le fait que celui-ci ait lieu dans un hôpital, la blouse, les patients dont le mieux-être dépend de leurs compétences, octroient

aux MoAO l'autorité et la reconnaissance sociale liées à leur professions dont le prestige reste fort malgré la crise que traversent les systèmes de santé. À l'inverse, ils entretiennent l'invisibilisation de leur contribution au travail hospitalier. Ainsi, peu de MoAO disent participer aux mobilisations de PADHUE. De même, il a été difficile dans le cadre de cette recherche de recueillir la parole de MoAO non autorisés. On peut dire que les témoignages exploités ici émanent des professionnels qui ont "réussi" leur insertion professionnelle.

Des retours contrariés par la fidélisation

Les longues années de pratique dans les établissements de santé formalisent chez les médecins originaires d'Afrique de l'Ouest une socialisation de travail propre à l'hôpital public dont ils se défont difficilement. L'hôpital les a employés. Ils en maîtrisent les composantes, les procédures et rouages organisationnels. C'est ici qu'ils ont tissé le réseau relationnel, support qui permettra éventuellement mobilité et avancement professionnel. Même après avoir obtenu l'autorisation d'exercer, 63,5% des médecins avec un diplôme hors Union européenne continuent de travailler dans les hôpitaux publics, un quart seulement choisissant d'exercer en libéral³¹. Pour eux, dont les MoAO, les modalités d'emploi et de l'exercice médical s'apparentent donc à un processus de fidélisation qui rend peu envisageable un retour dans leur pays d'origine. Du reste, peu de ces médecins dorénavant installés en France envisagent de rentrer. Sensibles malgré tout au sort des populations de leur pays d'origine, ils s'investissent dans l'humanitaire tout en reconnaissant que si ces actions peuvent améliorer leur quotidien, elles sont loin de résoudre les problèmes de fond. Mais il est hors de question pour eux de retourner définitivement dans le pays d'origine car cela impliquerait d'abandonner la vie sociale et professionnelle qu'ils ont eu tant de mal à construire. Ils

³⁰. La procédure d'autorisation d'exercice comporte des épreuves de vérification des connaissances.

³¹. 43,1% des médecins à diplôme français et européen. Voir Xavier Deau, "Étude de la problématique des PADHUE", art. cité.

Même après avoir obtenu l'autorisation d'exercer, 63,5% des médecins avec un diplôme hors Union européenne continuent de travailler dans les hôpitaux publics, un quart seulement choisissant d'exercer en libéral.

Salon de coiffure construit dans une ancienne buanderie du Bâtiment E. Angèle, non-étudiante, est coiffeuse depuis quatre années sur le campus de Cocody. Depuis son arrivée, elle a vu beaucoup de salons de ce genre s'ouvrir. La population estudiantine est une véritable mine d'or pour ces petits commerçants. Abidjan, mars 2010 © CAMILLE MILLERAND

ne se voient pas faire un tel sacrifice pour un pays qui les a obligés à émigrer. *“Je ne me vois pas rentrer pour aller soigner le palu. Tous ceux qui se sont lancés là-dedans, c'est pour avoir des problèmes. Tout est politique là-bas. Ils ne parlent de diaspora que parce que c'est le nouveau truc qui rapporte. Ce sont encore eux et leurs enfants qui vont en profiter. Ceux qui te parlent de diaspora seront les premiers à te demander pourquoi tu n'es pas resté là-bas.”*

Chez les MoAO, la question du retour est marquée d'amertume. Elle renvoie aussi à une sorte de défiance de la société d'origine vis-à-vis du retour des migrants. Pour ceux restés au pays, la migration est une chance qu'eux n'ont pas eue. Ils ne com-

prennent pas que quelqu'un qui a émigré veuille revenir. Plus particulièrement, l'émigré qualifié sur le retour, lorsqu'il se porte candidat à un emploi, peut être accusé de vouloir accaparer les rares opportunités dont disposent les diplômés locaux. Un médecin rentré au Bénin précise : *“Je suis revenu avec des rêves plein la tête. Je le regrette aujourd'hui. J'ai investi tout ce que j'avais dans cette clinique. Mais il n'y a aucun soutien de l'État. Au contraire, je n'ai eu que des problèmes d'autorisation, des contrôles de matériel... Ici, à part les avortements illégaux, on ne peut pas développer une vraie médecine. J'ai voulu prendre des étudiants pour les former mais ils ne pensent qu'à faire de l'argent. Ils utilisaient mes locaux et mon matériel pour développer leur clientèle parallèle.”*

Les MoAO qui rentrent évoquent le manque persistant de moyens humains, techniques et financiers

aggravés par l'inertie des autorités locales et la corruption. Le propos est plus mesuré chez les médecins, peu nombreux, qui ont bénéficié de bourses d'État ou d'organisations internationales. Eux rejoignent en fait les postes de la fonction publique d'État pour lesquels leur formation a été financée. Mais il est aussi possible pour les praticiens africains de construire des carrières originales entre ici et là-bas. C'est le cas de ce praticien, professeur d'université en France et propriétaire d'une clinique à Dakar. Son profil atypique – hospitalier, universitaire et entrepreneur – serait peut-être l'idéal type du migrant des diasporas qualifiées. Sa double nationalité sénégalaise-française lui permet d'exercer dans les deux pays. Il a ainsi pu mener des projets professionnels personnels en adéquation avec les besoins de chaque environnement. Ce double ancrage lui a permis de contribuer à la formation de médecins africains. Eux aussi sont allés se spécialiser en France puis sont revenus, parce que ce court moment n'avait pas été un moment de coupure radicale avec le milieu professionnel d'origine. Ils y avaient gardé des liens, notamment en revenant y faire leurs stages. Le retour fait alors partie des possibles pour ces MoAO.

Conclusion

Même marginales, les migrations de professionnels de la santé du Sud vers le Nord renforcent les écarts dans l'accès aux soins entre les pays d'origine pauvres et les pays d'accueil³². Mais, pour saisir leur impact réel, il est nécessaire de mettre en place des instruments de mesure fiables de ces flux migratoires sans lesquels aucune théorie d'analyse n'est opératoire. Les parcours migratoires des médecins originaires d'Afrique de l'Ouest exerçant en France observés dans le cadre de notre travail de recherche se structurent autour de la convergence des politiques migratoires, des politiques sociales et des politiques d'aide au développement.

Mais les conditions de l'accès à l'emploi des MoAO, inscrites dans des logiques néolibérales qui n'épargnent pas le travail de soin, renvoient à une division du travail entre d'une part des professionnels qualifiés légitimés par l'origine nationale de leur diplôme qui ont le choix de leur carrière (hospitalière, universitaire, hospitalo-universitaire, libérale, etc) et de l'autre des professionnels tous aussi qualifiés, plus nombreux aussi, qui forment un "prolétariat intellectuel" confiné aux rôles d'auxiliaires et aux postes boudés par leurs collègues français et/ou à diplôme français. La majorité des MoAO font partie de cette deuxième catégorie. Les qualifications qu'ils acquièrent sont moins destinées aux pays d'origine certes défaillants, mais qui auraient besoin d'une équité nouvelle dans les avantages tirés de la circulation internationale des biens matériels et immatériels, tels les compétences médicales, et des individus qui les détiennent, qu'à s'adapter au marché du travail du pays d'accueil favorable. C'est une situation qu'on risque de voir se répéter quand de plus en plus la sélection des migrants "choisis" va de pair avec les restrictions de la circulation pour tous les autres non utiles. L'option diaspora porte des préoccupations importantes, dont l'unique point de vue instrumental, voire utilitariste, des migrations hautement qualifiées ne suffit pas à rendre compte. Nous proposons d'adopter une approche compréhensive. La profession est apparue comme un biais d'analyse évident de la mobilité de ces travailleurs appartenant, qui plus est, à un groupe professionnel fortement institutionnalisé et à l'identité marquée. Dès lors, identifier les opportunités offertes par la migration en termes de reconnaissance matérielle mais aussi symbolique, d'accomplissement de soi à travers l'accès à la formation continue et à un emploi correspondant aux compétences détenues, peut permettre de réfléchir aux modalités d'une mobilité des travailleurs hautement qualifiés tenant compte de leurs motivations et des intérêts des pays d'accueil et d'origine. ■

32. À titre indicatif, l'Afrique du Sud compte 7,6 médecins pour 10 000 habitants, tandis que le Royaume-Uni, où travaillent des milliers de médecins formés en Afrique du Sud, est à 27,7 pour 10 000. Le constat est le même entre la France avec ses 33,8 pour 10 000 habitants et l'Algérie où il y a 12 médecins pour 10 000 habitants.