

La carrière du médecin africain en Europe : être médecin avec un diplôme africain au Royaume-Uni, en France et en Suisse

Angèle Flora Mendy*

1 Introduction

Le regain d'intérêt pour la migration des professionnels de santé africains en Europe est incontestable. La migration est analysée sous le registre de « l'exode des cerveaux » et de ses conséquences négatives pour les pays d'Afrique (Mendy 2005 ; Gaillard et Gaillard 2006). Les Organisations internationales proposent des solutions pour ralentir ce phénomène (OMS 2006 ; World Bank et IFC 2007), tandis que sous la pression des groupes d'« entrepreneurs de morale » (Becker 1985), les gouvernements de l'Union européenne (UE) prennent des mesures législatives et réglementaires pour interdire ou restreindre le recrutement des professionnels de santé des pays les plus pauvres. Cette préoccupation nouvelle a donné lieu à une forte croissance des études portant sur les migrations des professionnels de santé des pays du sud. Les recherches récentes ont apporté une compréhension fine du phénomène migratoire (Barré et al. 2003 ; Wickramasekara 2003 ; Awases et al. 2004 ; Gaillard et Gaillard 2006). Dans leur très grande majorité, ces recherches se placent dans le cadre théorique du modèle néo-classique du *push and pull factors*, classique (Astor et al. 2005) ou amélioré par la prise en compte de facteurs sociaux comme l'existence de réseaux sociaux dans les pays d'accueil ou des phénomènes de privation relative (Massey et al. 1993).

Toutefois, le discours international est fortement contesté par les organisations et les syndicats des personnels de santé originaires des pays du Sud. Les associations professionnelles des médecins hors Union Européenne en France, tout comme les associations professionnelles des médecins d'origine non britannique au Royaume-Uni comme le British Association of Physicians of India Origin (BAPIO), dénoncent le protectionnisme professionnel ou la xénophobie qui sous-tendent ce discours à prétention éthique. Pour réaliser leurs aspirations professionnelles et entretenir leurs familles, les médecins choisissent souvent de migrer dans un pays occidental où ils sont plus ou moins bien accueillis. Or, la plupart des pays riches protègent soigneusement leur marché du travail, émettent des barrières à l'entrée ou segmentent leur marché du travail en fonction de leurs besoins économiques.

* Faculté des sciences sociales et politiques (SSP), Centre de recherche interdisciplinaire sur l'international (CRII), Université de Lausanne, CH-1015 Lausanne, angeleflora.mendy@unil.ch.

Ainsi, tandis que l'analyse des motifs de migrations des personnels fortement qualifiés des pays africains – des personnels de santé, notamment – vers les pays du Sud fait l'objet d'un nombre élevé de recherches, l'étude comparée de leurs conditions d'exercice dans les pays du Nord est demeurée en friche.

Dans cette perspective, notre article vise à développer une approche prenant en considération ces deux aspects. D'une part, il vise à comprendre les raisons qui poussent des médecins d'Afrique à migrer vers des pays européens ; d'autre part, il cherche à appréhender leurs modes d'insertion professionnelle dans leur pays d'installation. Pour mener à bien cette analyse, et parce que cela permet de croiser la « dimension objective » des différentes phases de la trajectoire des acteurs et la « dimension subjective » de leurs interprétations successives des situations, nous avons entrepris de nous appuyer sur le concept de « carrière » au sens de l'interactionnisme symbolique (Hughes 1937 ; Becker 1985).

Notre démarche se déroule en quatre étapes. La première partie présente le cadre théorique et vise à montrer l'intérêt heuristique de compléter une approche en termes de facteurs de migration par une approche interactionniste en termes de carrière (Hughes 1937). La deuxième partie présente la méthodologie de notre recherche de terrain. La troisième partie présente les résultats d'enquête sur les discours des médecins justifiant leur volonté de migrer en Europe. La quatrième partie, enfin, est consacrée à une double analyse : celle des carrières professionnelles réelles imposées par les contextes institutionnels ouverts ou fermés (et susceptibles de changer) des pays d'accueil, et celle de la manière dont lesdits contextes influent les stratégies des médecins migrants et leur représentation de la condition de médecin africain en Europe.

2 Cadre théorique : la migration des médecins africains entre calculs et processus

2.1 Facteurs de migration et acteurs rationnels

Dans le champ de la migration internationale des professionnels de santé des pays du Sud vers les pays du Nord, la perspective « macro » et la théorie des choix individuels sont les plus fréquemment utilisées pour rendre compte des facteurs de migration (Massey et al. 1993). Selon la perspective macroéconomique, la migration internationale – de même que ses effets – est causée par les différences spatiales au niveau de l'offre et de la demande de travail (Torado 1976). Les différences de salaires poussent les travailleurs des pays à bas salaires à se déplacer vers les pays à hauts salaires. La migration internationale est un choix rationnel et individuel d'investissement en capital humain. Les agents économiques procèdent par un calcul rationnel des coûts et des avantages avant de prendre la décision d'émigrer. De cette interprétation découle le modèle des *pull and push factors* (facteurs d'attraction et facteurs de

répulsion). Ce modèle repose sur la mise en évidence de deux classes de facteurs en sens contraire : une série de facteurs négatifs (répulsifs) dans le pays d'origine, favorisant les mouvements de départ, d'une part, et une série de facteurs attractifs dans le pays de destination, d'autre part (Portes et Böröcz 1989).

Les *push factors* les plus souvent identifiés correspondent au manque d'emploi, à l'absence de perspectives de formation et de carrière professionnelle, à l'absence de démocratie, à l'oppression politique, à la violation des droits humains, à la pauvreté, à la surpopulation et aux désastres environnementaux ; tandis que les *pull factors* font référence aux salaires élevés, aux meilleures conditions de vie et de travail, aux opportunités de formation et de carrière professionnelle (Awases et al. 2004 ; Astor et al. 2005)

Pour des raisons tenant à la structuration du champ académique sur le plan international, les analyses des migrations dans les termes de l'individualisme méthodologique sont devenues dominantes. Il est admis désormais que ces analyses doivent être complétées par les études montrant le rôle des liens historiques entre les pays de départ et d'arrivée (langage, réseaux communautaires) qui rendent compte des choix de destination incompréhensibles dans la seule logique du choix rationnel (van Meeteren et Pereira 2013).

La limite de ces approches est, d'une part, de s'intéresser principalement à un moment dans l'histoire des migrants – celui où le choix a été effectué et non à la totalité du processus de migration – et, d'autre part, d'objectiver de manière trop importante les facteurs évoqués par les migrants pour prendre leur décision. Pour dépasser ces limites, nous nous proposons de mobiliser le concept de carrière au sens de la tradition interactionniste (Hughes 1937).

2.2 Le concept de carrière entre objectivation et subjectivation

Le concept de carrière tel que nous l'envisageons au sens interactionniste du terme se réfère ici aux travaux de Hughes (1937) sur les carrières professionnelles. La définition que donne Hughes de la notion de carrière est construite autour de deux dimensions objective et subjective. Dans sa dimension objective, « une carrière consiste en une série de statuts et d'emplois clairement définis, de suites typiques de positions, de réalisations, de responsabilités et même d'aventures » (Hughes 1937, 409). Dans ce sens, si l'individu a plus de latitude pour créer sa propre position ou pour en choisir une parmi celles existantes, il a aussi moins de certitude de parvenir à une position donnée. Enfin, l'ordre social impose des limites aux orientations que l'individu tenterait de donner à sa propre vie, tant à la direction de l'effort qu'à l'interprétation de sa signification.

Dans sa dimension subjective, « une carrière est faite des changements dans la perspective selon laquelle la personne perçoit son existence comme une totalité et interprète la signification de ses diverses caractéristiques et actions, ainsi que tout ce qui lui arrive » (Hughes 1937, 408–410). L'expérience assure le développement

des carrières. Si les carrières professionnelles représentent des connexions cruciales entre l'individu et la structure institutionnelle, Hughes souligne toutefois qu'il y a certains points où elles touchent à l'ordre social. Howard Becker (1985, 126) utilise ainsi la notion de « carrière » pour rendre compte « du développement d'une forme de conduite jugée déviante par la société que représente « l'usage de la marijuana » ». Au cours des années récentes, le concept a été appliqué de manière heuristique à une série d'autres champs de recherches, en particulier dans la sociologie de l'engagement militant (Fillieule 2001 ; Darmon 2008). Comme le souligne Olivier Fillieule, l'intérêt d'une approche en terme de carrière est de permettre de prendre en considération simultanément « les conditions collectives de l'action et le sens que lui attribuent les agents » (2001, 203).

Dans le champ de la sociologie des migrations, l'analyse en termes de carrière présente le grand avantage d'introduire une perspective dynamique (Bessin et al. 2010) dans l'analyse des trajectoires de devenir des médecins africains souhaitant exercer dans un pays du nord. Elle permet de prendre en considération les facteurs dits « objectifs » du choix des médecins (faire carrière dans sa « dimension objective ») et la subjectivité de l'acteur rationalisant son action face aux réalités inattendues ou sou estimées (« dimension subjective ») (Hughes 1937, 409). Quand la théorie du *push and pull* se contente de s'intéresser aux choix de départ et les réduit à des calculs individuels, la notion de carrière permet tout à la fois de souligner les facteurs qui peuvent conduire au départ, mais aussi de mettre en évidence la manière dont les acteurs reconstruisent leur situation pour qu'elle fasse sens dans leur pays d'origine et dans le pays d'arrivée.

3 Méthodologie

Cet article s'appuie sur les résultats d'une thèse portant sur la migration internationale des médecins africains au Royaume-Uni, en France et en Suisse (Mendy 2010). Il se base sur trois types de sources : une importante analyse de la littérature sur le sujet, une série d'entretiens semi-structurés portant sur une soixantaine de médecins et responsables de santé en Afrique (Guinée-Bissau, Sénégal et Cameroun) et dans trois pays d'installation (Royaume-Uni, France et Suisse), et une démarche d'observation non participante complétant les entretiens. La systématisation de l'observation non participante a permis de décrire les contextes et les situations d'enquête qui sont mis en exergue dans cet article, notamment dans la troisième partie. Le travail est une recherche principalement qualitative et, partiellement, quantitative¹.

1 L'exploitation de la base de données de Clemens et Pettersson (2008) a permis de produire des données statistiques par zones linguistiques et de vérifier nos hypothèses sur l'importance des flux migratoires en provenance des pays de l'Afrique subsaharienne et l'évolution des discours sur la migration et sa mise sur agenda international. Dans cet article, les résultats issus de cette analyse quantitative ne sont pas présentés.

L'échantillon comprend 75 personnes interviewées dont 26 en Afrique (15 médecins et 11 responsables de santé) et 49 en Europe (37 médecins et 12 cadres des ressources humaines). Il a été arrêté par saturation. Les entretiens avec les médecins africains ont été réalisés en France (Paris) en 2006, au Royaume-Uni (Londres) en 2007, en Suisse (Lausanne, Genève) entre 2006 et 2009, en Afrique (Sénégal, Guinée-Bissau, Cameroun) entre 2007 et 2009.

Les médecins à diplôme africain interviewés en Europe sont des praticiens qui, soit, ont fait une partie de leur formation de médecine en Afrique, soit, ont obtenu leur diplôme de médecine en Afrique. Ils sont médecins à part entière, c'est-à-dire avec un droit d'exercer la médecine dans leur pays d'origine. Leur intervalle d'âge est compris entre 34 et 56 ans. En Afrique, le profil choisi est celui du jeune médecin qui a entre 32 et 45 ans. Il est en cours de spécialisation et/ou exerce depuis plusieurs années dans le secteur public ou dans le secteur privé. Pour les médecins migrants, l'âge n'a pas été pris en considération. La durée de présence en Europe varie d'un pays à un autre; elle est comprise entre 2 et 30 ans. Les cadres des structures hospitalières publiques ont été identifiés selon leurs responsabilités (directeurs des ressources humaines, chargés du recrutement du personnel étranger). Les médecins interviewés ont été sélectionnés essentiellement par la technique «boule de neige» et par l'utilisation de réseaux d'universitaires africains. De ce fait, la répartition entre les sexes n'a pu être rigoureusement respectée et les différences des carrières professionnelles masculines et féminines n'ont pas fait l'objet d'une analyse singulière. Sur l'ensemble des médecins interrogés, seules sept étaient des femmes. Par ailleurs, deux catégories de médecins significativement différentes ont pu être interviewées: des médecins africains demeurés en Afrique mais caressant le rêve du départ, et des médecins ayant franchi le pas et qui se sont installés en Europe. En France, en Suisse, au Sénégal et au Cameroun, les entretiens ont été réalisés en français; en Guinée-Bissau, ils ont été menés en portugais et en créole portugais (dialecte national) puis retranscrits en français. En Angleterre, ils ont été faits en anglais.

Les guides d'entretiens ont été adaptés à la spécificité des contextes étudiés ainsi qu'aux groupes cibles (médecins, responsables). Les arguments justifiant le choix des cas étudiés sont développés dans la partie cinq. Du point de vue de la démarche comparative, nous avons recouru à l'analyse en profondeur d'un nombre limité de pays selon la méthode des cas les plus différents (*most different cases*, Ragin 1987).

4 La décision de partir: les discours des médecins

Les études internationales des migrations des professionnels de santé ont produit un grand nombre de données quantitatives et qualitatives sur les facteurs qui poussent les médecins à migrer (Awases et al. 2004; Astor et al. 2005; OMS 2006). Les discours des médecins que nous avons interrogés dans le cadre de nos enquêtes n'apportent

pas de résultats significativement différents. Les médecins font référence à quatre facteurs principaux du choix de la migration professionnelle. Les deux premiers, l'insatisfaction et l'insécurité, s'inscrivent dans une perspective, en termes de *push*; le troisième, l'offre d'un emploi valorisant, participe clairement du *pull* facteur; le quatrième, l'importance de la mobilité professionnelle internationale, relève du plan de carrière.

4.1 L'insatisfaction

La majorité des médecins africains rencontrés, aussi bien en Afrique qu'en Europe, exprime de manière spontanée une insatisfaction vis-à-vis des conditions d'exercice de leur métier dans leur pays d'origine, et vis-à-vis de leurs propres attentes. Ils se disent déçus des conditions de travail, de formation et d'existence qui leur sont proposées. Ils évoquent des systèmes de santé défaillants, des autorités corrompues, la faiblesse des moyens professionnels à leur disposition, l'insatisfaction face à une rémunération faible, la pression des familles, le décalage entre leurs aspirations et les moyens de les réaliser. Cette frustration, qui se retrouve à l'identique chez d'autres professionnels de santé en Afrique (Awases et al. 2004), est plus ou moins grande et profonde selon la situation politique, économique et sociale des pays d'origine, et selon les attentes des uns et des autres. Par exemple, les médecins originaires du Cameroun, qu'ils aient été interviewés dans leur pays ou en Europe, se sont montrés critiques vis-à-vis de leur système de santé et de leurs dirigeants. Ils leur reprochent d'entretenir la « corruption » et de « dévaloriser la profession médicale ». En revanche, en Guinée-Bissau, l'état de pauvreté, les mauvaises conditions de travail et les faibles rémunérations justifient principalement leurs mécontentements et leurs intentions de partir. Les propos² d'un médecin chirurgien sont confirmés par le directeur de l'hôpital :

Notre capacité de prise en charge est toujours dépassée et nous manquons de tout. Comme vous pouvez le constater, les patients sont couchés à même le sol, quand ils n'occupent pas un lit en rouille sans matelas. (...) Certains décèdent avant d'être reçus par les professionnels de santé, surtout durant cette période de choléra (...). (Guinée-Bissau D1, août 2008, propos traduits)

Les conditions de travail en Guinée-Bissau sont très précaires et les salaires très bas. En 2005, un médecin percevait 30 000F CFA [50 euros]. Souvent, les professionnels de santé et les autres fonctionnaires de l'Etat restent plusieurs mois sans salaires. (Guinée-Bissau R1, août 2008, propos traduits)

2 La codification des entretiens suit la logique suivante: la lettre D fait référence aux docteurs en médecine, tandis que la lettre R, aux responsables de santé. Les chiffres désignent l'ordre de réalisation des interviews. Le lieu et la date d'enquête sont aussi indiqués.

Le facteur insatisfactions *versus* anticipations positives est commun à plusieurs médecins rencontrés, qu'ils aient déjà choisi l'émigration ou qu'ils exercent encore en Afrique.

J'ai exercé durant trois ans au Congo. Les conditions de travail sont moyennes et dégradantes. Je suis parti rechercher de meilleures conditions (...). Il n'y a pas de vraies politiques de santé (...), pas de renouvellement du personnel (...). (Suisse D1, octobre 2006)

A ce facteur s'ajoute, pour d'autres médecins, la pression des circonstances et, entre autres, la montée de l'insécurité et de la violence.

4.2 Le sentiment d'insécurité

Les années 90 représentent pour l'Afrique une période marquée par la montée des conflits violents. Globalement, Schmeidl (1996) montre que durant les années 1969–1990, 17 des 43 guerres civiles enregistrées à travers le monde ont eu lieu en Afrique. Au Soudan, en Somalie, en Sierra Léone, au Rwanda et au Burundi, les tensions ethniques et politiques intensifient les conflits et contribuent à augmenter les vagues de réfugiés. D'autres pays ne connaissent pas un degré de violence identique mais sont pourtant marqués par une absence de démocratie politique ou des dictatures. L'insécurité et l'instabilité politique ont été pour certains des « facteurs déclencheurs » de leur départ pour l'Europe. Cependant, le sentiment d'insécurité est perçu différemment selon les personnes rencontrées. Pour les médecins originaires du Congo réfugiés en Suisse, de l'Algérie, du Burundi ou de la Mauritanie, l'« insécurité » fait référence aux conflits armés, aux guerres civiles et aux règlements de compte qui en découlent, à la dangerosité de l'exercice de la profession dans les zones de conflits. En revanche, pour les médecins du Cameroun, l'insécurité est surtout liée à leur opposition au pouvoir en place, à l'image du médecin comme personne influente auprès de la population et, par conséquent, « capable d'influencer l'opinion publique ».

J'ai quitté le Cameroun pour des raisons essentiellement politiques, parce que j'ai échappé à un assassinat politique dans un régime autoritaire. Je ne parle pas de l'environnement de travail qui était très dissuasif (...). Les autorités ont tout fait pour que le salaire d'un médecin soit largement inférieur au salaire d'un gendarme (...). Certains médecins sont mutés dans des zones isolées sans logement ni transport alors qu'ils ont besoin de conditions stables pour exercer la médecine. (Suisse D2, octobre 2007)

Frustrations professionnelles et/ou insécurité figurent sans aucun doute au nombre des facteurs déterminants de la décision de migrer. Toutefois, d'autres partent à cause de l'imaginaire migratoire ; ils pensent pouvoir gagner plus, parce qu'ils ont été approchés par les agences de recrutement, parce qu'on leur a proposé un emploi

incitatif en Europe, ou encore, parce qu'à l'issue d'une spécialisation en Europe, ils ont été engagés dans les hôpitaux publics.

4.3 L'offre d'un emploi valorisant

Autant du côté des médecins africains interrogés sur les raisons de migration que du côté des responsables de santé, la recherche d'un emploi de qualité donnant accès à une aisance financière et aux nouvelles technologies est un motif récurrent, même si la référence à l'argent est pudiquement voilée par les discours sur l'insatisfaction vis-à-vis des conditions d'exercice et l'absence de rendement escompté après de longues études. Le désir de réussite rencontre des *pull factors* tels que les conditions d'exercice favorables, un environnement professionnel propice. Le Royaume-Uni a longtemps compté avec le recrutement international pour combler le déficit de main-d'œuvre dans le domaine de la santé³. Si certains ne donnent pas de détails sur les coûts de cette émigration organisée, ils disent en revanche « gagner leur vie » et « apprécier l'environnement de travail ».

J'ai été recruté par une agence internationale depuis la Gambie. J'ai rejoint l'Angleterre avec toute ma famille. C'est pour donner une chance de réussite à mes enfants que j'ai décidé de partir travailler en Angleterre pour le compte du NHS [National Health Service]. (Royaume-Uni D1, juillet 2007, propos traduits)

C'est une agence de recrutement qui m'a fait venir en Angleterre parce que le NHS avait besoin de moi. Je me sens très bien intégré et je voyage souvent vers mon pays d'origine. Je rentrerai définitivement après la retraite. (Royaume-Uni D2, juillet 2007, propos traduits)

Au-delà des facteurs de migration qui participent du *pull and push*, les raisons liées à la mobilité professionnelle sont fréquemment mises en exergue dans les discours.

4.4 La mobilité professionnelle

Pour beaucoup de médecins, leur plan de carrière suggère une mobilité – nationale ou internationale – avec une préférence pour les expériences internationales. La formation et la pratique de la médecine à l'étranger – Nord ou Sud – augmentent le prestige professionnel et social. Pour la plupart des médecins de notre échantillon, les premières raisons de migration évoquées sont liées à la formation, singulièrement la spécialisation et/ou le perfectionnement. En effet, les politiques d'ajustement structurel des années 80 ont conduit à une réduction drastique des investissements et des dépenses de fonctionnement dans les domaines de l'éducation et de la santé. Les

3 Certains médecins originaires des pays anglophones ont été recrutés par les agences internationales travaillant pour le compte du *National Health Service*; dans les pays francophones, ces agences ne jouent qu'un rôle mineur.

conditions de la recherche et de l'innovation sont largement affectées. Les médecins rencontrés se soucient beaucoup de l'actualisation des connaissances acquises durant la formation en médecine.

La mobilité est très importante pour l'intégration du médecin dans le monde médical international. Faire une mobilité internationale marque davantage la différence et amène le médecin à faire partie de l'élite internationale et à s'intégrer plus facilement dans le monde de la recherche médicale internationale. Ne pas faire partie de ce monde est un réel handicap. (Suisse D7, novembre 2008)

En définitive, les quatre facteurs principaux avancés par les médecins pour justifier le choix de partir s'installer dans un pays européen peuvent aisément se retraduire dans la classification économique néo-classique en facteur de *push* et en facteur de *pull*.

Mais si les raisons avancées peuvent expliquer la décision de partir, elles n'expliquent pas ou peu le choix de la destination qui est avant tout déterminé par des facteurs enracinés dans l'histoire tels que la communauté linguistique et le poids des migrations antérieures. Nos entretiens avec les médecins africains révèlent que le choix de destination répond en grande partie à cette logique (Mendy 2010).

5 Faire carrière en Europe : trois modèles

Comme nous le soulignons dans la partie théorique, les analyses des migrations fondées sur l'individualisme méthodologique et les perspectives montrant le rôle des liens historiques ne suffisent pas pour rendre compte de la totalité du processus de migration des médecins africains. La perspective des carrières dans le sens que la conçoit Hughes (1937) est un cadre d'interprétation mieux à même de traduire le devenir des médecins une fois la migration choisie. Le processus de construction de ce devenir donne lieu à deux scénarios hypothétiques distincts. D'une part, les ambitions du médecin migrant ainsi que ses aspirations à exercer la médecine dans un pays du Nord rencontrent un cadre favorable à l'intérieur duquel se construit une trajectoire de carrière comprise dans sa « dimension objective ». D'autre part, les attentes des médecins africains fondées dans une certaine mesure sur de « l'imaginaire migratoire » (Fouquet 2007) se trouvent contraintes par le cadre politico-institutionnel du pays d'arrivée donnant lieu à des « changements dans la perspective » (Becker 1985, 126). En d'autres termes, les trajectoires de carrière des médecins africains dans les contextes nationaux étudiés peuvent être analysées sous les deux angles – objectivité, subjectivité.

Dans un premier temps, il ne fait aucun doute que l'exercice médical dans un pays européen diffère des conditions d'exercice dans un pays en guerre, mal équipé ou sujet à la corruption. De ce fait, les médecins diplômés en Afrique ou venant

prolonger leur formation dans un pays européen trouvent la possibilité d'exercer leur art dans les conditions positives qu'ils imaginent. Cependant, comme le montre Thomas Fouquet (2007, 84) : « L'Ailleurs dont il est ici question [pays choisi par le médecin migrant] exprime un espace d'imaginaires dépositaire des aspirations à un mieux être et à un mieux vivre. (...) Mais il demeure néanmoins largement du domaine de l'imaginaire, car il se construit surtout sur la base de représentations et fantasmes élaborés sur ces sociétés ».

En tout premier lieu, des pays vers lesquels les médecins africains souhaitent se diriger peuvent ne pas reconnaître leurs diplômes, ou ne pas leur accorder le droit à l'exercice professionnel (systèmes professionnels fermés). En second lieu, il peut leur être imposé un statut inférieur à celui des nationaux. Ce n'est que dans de rares pays que les médecins africains pourront jouir des conditions d'exercice attractives qu'ils ont avancées dans les entretiens. Encore faut-il prendre en considération la fermeture progressive des possibilités d'emploi dans les pays européens, y compris les plus traditionnellement libéraux comme le Royaume-Uni.

C'est précisément pour illustrer les aléas de la profession médicale des médecins africains en Europe, que nous nous sommes intéressée aux carrières de ces médecins dans trois pays choisis comme illustratifs des marchés du travail des professionnels de santé : le Royaume-Uni (marché du travail ouvert se refermant dans les années 2000), la France (système « corporatiste » fermé mais ouvert de fait pour des positions de demi-droit en secteur hospitalier public) et la Suisse (marché très fortement fermé). Les trois pays choisis diffèrent de manière flagrante par la place qu'occupent les travailleurs migrants et, pour ce qui concerne le secteur de la santé, la place des médecins étrangers et plus spécifiquement des médecins d'origine africaine.

5.1 Le Royaume-Uni ou la « carrière réussie »

Le Royaume-Uni a été choisi parce qu'il est l'exemple type du pays à politique libérale qui a brutalement mis en place une politique restrictive au début des années 2000. Jusqu'à une période récente, le Royaume-Uni s'est caractérisé par une politique migratoire très favorable à l'installation de personnel de santé étranger (Coleman 1995). Le cas britannique représente le modèle type ayant suscité la réaction de la communauté internationale à la fin des années 90. Il se caractérise dans un premier temps par une structure institutionnelle ouverte ne mettant pas de barrières à l'accès à la profession médicale. Cette ouverture très grande s'explique essentiellement par des raisons budgétaires et les faibles incitations à entrer dans la profession médicale. L'étatisation du système de santé et le caractère faiblement marchand de l'exercice professionnel dans le cadre du National Health Service (NHS) ont eu pour effet de limiter l'attractivité de la profession dont le statut est comparable à celui d'un fonctionnaire de niveau moyen-élevé, comme un enseignant de lycée par exemple. L'institutionnalisation du système national de santé concourt ainsi aux premiers phénomènes de départ de médecins britanniques vers des pays offrant de meilleures

conditions de rémunération et d'exercice comme les Etats-Unis (Coleman 1995 ; Gaillard et Gaillard 1999). Les rémunérations des médecins sont largement fonction de l'enveloppe accordée au NHS, lequel est géré comme un service public. Elles sont relativement peu attractives pour les nationaux. En revanche, les médecins issus de l'ex-Empire britannique trouvent au Royaume-Uni un débouché professionnel recherché. Contrairement à la France et à la Suisse, le recrutement international de la main-d'œuvre médicale est une pratique courante. Les agences internationales de recrutement sont des institutions officiellement reconnues, qui travaillent pour le compte du secteur public et du secteur privé. Le recrutement international, malgré les réformes récentes, figure parmi les trois mesures phares de la politique de la main-d'œuvre médicale en Grande-Bretagne (Buchan et Dovlo 2004).

En raison de cette histoire singulière, le Royaume-Uni a offert des carrières aux médecins africains qui peuvent être qualifiées de réussies. Par modèle de « carrière réussie », il faut entendre un modèle dans lequel le diplômé en médecine africain peut entreprendre une carrière professionnelle en Europe dans des conditions identiques à celles des nationaux. On ne constate pas de barrière à l'entrée, pas de dualité nationaux/non-nationaux dans l'exercice de la profession. Même si on ne peut exclure des phénomènes de racisme ou de stigmatisation tout au long de la carrière, la loi ne fait pas de distinction en fonction de l'origine du diplôme. Cette situation est typiquement celle qui caractérise le Royaume-Uni jusqu'au milieu des années 2000.

Les médecins rencontrés sont revenus sur le fait que le Royaume-Uni leur offre une vraie opportunité de carrière. Ils ont insisté sur le fait qu'ils bénéficient et travaillent dans les mêmes conditions que leurs collègues britanniques et qu'ils reçoivent le même salaire. Ils se disent satisfaits de leur environnement professionnel, et l'organisation du système de santé britannique leur convient parfaitement. Même si la concurrence existe, ils se sentent bien intégrés et non stigmatisés, en raison de l'importance des effectifs d'étrangers au sein du corps médical britannique.

J'occupe le poste de « Senior Registrar ». Je ne rencontre pas de difficultés professionnelles pour m'intégrer dans le système de santé britannique. Le niveau similaire de compétence et la politique d'emploi favorable aux médecins étrangers en Grande-Bretagne me permettent de gagner le même salaire que les médecins britanniques et de travailler dans les mêmes conditions. (Royaume-Uni D3, juillet 2007, propos traduits)

Il n'y a pas vraiment de différence entre la formation de médecine au Nigéria et celle qui est dispensée en Grande-Bretagne. Je travaille beaucoup plus que les médecins britanniques pour me faire une place, mais la reconnaissance est là car j'ai été promu plusieurs fois. (Royaume-Uni D4, juillet 2007, propos traduits)

Interrogé à Londres, le responsable des hôpitaux universitaires abonde dans le même sens pour confirmer la bonne intégration des médecins étrangers et l'égalité de

traitement. Cependant, cette situation a changé brutalement au début des années 2000 (Bundred et Levitt 2000). Le Royaume-Uni est le pays qui a connu le tournant paradigmatique et pratique le plus radical. En effet, au cours des années 90, cette politique a été progressivement remise en cause par les organisations non gouvernementales actives dans le domaine des politiques humanitaires et de développement. Sous la pression d'une campagne internationale lancée à l'initiative du *Lancet* (2005), il a entrepris de réviser totalement ses politiques afin de limiter le recrutement de personnel de santé des pays pauvres (Mendy 2010). Des changements – réformes des carrières médicales en 2007 – favorisent désormais le recrutement des médecins britanniques avant les médecins étrangers (Buchan 2008). Du fait de ce *paradigm shift*, de plus en plus de médecins étrangers non européens se mobilisent autour de leurs syndicats pour porter leur désaccord devant la justice britannique (Hawkes 2008).

5.2 La France ou la « carrière bloquée »

Par modèle de « carrière bloquée », il faut entendre un modèle dans lequel le diplômé en médecine africain ne peut entreprendre une carrière professionnelle dans des conditions identiques à celle des nationaux. Ce modèle se caractérise par de fortes barrières à l'entrée, une non-reconnaissance des diplômes, un dualisme nationaux/non-nationaux dans l'exercice de la profession. Le parcours de reconnaissance caractéristique de ce modèle est parsemé d'embûches.

Les filtres à l'entrée des médecins non français (ou non européens depuis la création de l'UE) dans le corps médical français est largement une résultante de l'histoire de la profession médicale et plus précisément du privilège accordé à l'exercice « libéral » de la profession contrôlé par l'Ordre des médecins (Immergut 1992; Merrien et al. 2005). Depuis les années 30, la profession médicale française demeure une profession fermée marquée par des tendances au corporatisme et au protectionnisme. En comparaison internationale, le nombre de médecins étrangers (hors UE) en France est faible. Seuls quelques secteurs spécifiques de la profession accueillent un nombre significatif de professionnels non européens. Les conditions statutaires pour exercer pleinement la médecine en France expliquent cette situation.

Plus de 96% des médecins exerçant en France sont des médecins français ayant satisfait à l'ensemble des épreuves du cursus français (Cash et Ulmann 2008). Ils ont en commun d'avoir été admis au concours sur quota de fin de première année (numerus clausus), d'avoir obtenu le titre de docteur à l'issue d'études extrêmement sélectives (neuf années en moyenne) et d'être inscrits sur la liste de l'Ordre national des médecins. Depuis la création et le renforcement de l'Union européenne, les citoyens européens ayant obtenu leur diplôme dans une université européenne se sont vus reconnaître les mêmes droits que les diplômés français.

En revanche, les étudiants non européens qui suivent le cursus français ne sont pas soumis au numerus clausus. Dès lors, en dépit de leurs succès aux examens, ils ne se voient pas reconnaître le titre de médecin en France et sont supposés retourner

dans leur pays après leur formation. De la même façon, les docteurs en médecine ayant obtenu leurs diplômes en dehors de l'UE ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins.

Ce panorama de la situation de la profession médicale en France occulte cependant une grande partie de la réalité de la pratique des soins et ne rend pas justice au rôle occupé par les docteurs en médecine non européens dans le système de soins français.

Dans le système hospitalier français un grand nombre de postes sont occupés par des « praticiens à diplôme étranger hors Union européenne » (PADHUE). Ces praticiens occupent une fonction essentielle dans le système de santé (Cash et Ulmann 2008)⁴. Ils ne disposent cependant pas d'une reconnaissance totale de diplômes. Ils ne peuvent ainsi exercer dans le secteur « libéral » et ne se voient jamais accorder totalement la reconnaissance de leur valeur professionnelle. Ces médecins étrangers hors UE exercent dans des conditions de statut et de salaire inférieures à celles de leurs collègues français.

En effet, les médecins diplômés hors UE ou n'ayant pas été soumis au numérisé clausus ne disposent qu'exceptionnellement d'un droit d'exercice plein de la médecine. Ils peuvent exercer dans le système public, parfois à titre officiel et souvent dans des conditions « de non droit ». Dans cette catégorie de praticiens, on peut distinguer trois groupes :

Les praticiens à diplôme hors UE ayant obtenu un droit d'exercice plein grâce à l'obtention d'une autorisation individuelle d'exercice⁵ ou parce que les diplômes de leur pays étaient automatiquement reconnus avant les années 70 (pays du Maghreb, certains pays d'Afrique subsaharienne sous colonisation française et dans les années qui suivent l'indépendance). Ils sont reconnus par l'Ordre des médecins.

En dehors de ces médecins à diplôme reconnu par l'Ordre des médecins se trouvent les médecins à diplôme étranger non reconnu de droit, qui ne peuvent s'inscrire sur la liste de l'Ordre des médecins, mais qui peuvent néanmoins exercer dans les établissements publics de santé, officiellement sous la responsabilité d'un médecin de plein exercice. Ils sont communément appelés les PADHUE. En leur sein, on distingue :

- › Les Praticiens adjoints contractuels (PAC) et ceux qui exercent sous des statuts divers – Praticiens attachés associés, assistants associés, faisant fonction d'interne (FFI) – au sein du système hospitalier. Il leur a été accordé le droit d'exercice hospitalier. C'est dans la catégorie des PAC que se retrouvent essentiellement les médecins africains à diplôme hors UE.

4 Le rapport Cash et Ulmann (2008, 84) estime ainsi qu'aux 3 563 « praticiens étrangers » recensés par l'Ordre, « il faut ajouter au moins 6 000 médecins « intégrés » dans le système de soins des hôpitaux ».

5 C'est depuis 1972 que les personnes titulaires d'un diplôme de médecin obtenu hors de l'Union Européenne ont eu la possibilité d'obtenir une autorisation individuelle d'exercice.

- › Les « non-autorisés » désignent les médecins à diplôme hors UE qui se trouvent dans la situation paradoxale de n'être pas parvenus à s'intégrer dans la profession médicale hospitalière via les procédures mises en place par les gouvernements successifs mais qui continuent néanmoins à exercer la médecine de fait grâce à des subterfuges utilisés en toute connaissance de cause par les administrations des hôpitaux. Il s'agit des « refusés de l'examen du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique », les « recalés au concours de Praticiens adjoints contractuels », les « non-validés en spécialités par les commissions de consultation » et des praticiens docteurs en médecine mais inscrits en qualité d'étudiants. Ces médecins exercent la médecine – reconnue par tous les acteurs du système – tout en n'ayant aucun droit à cet exercice.

Dans tous ces cas de figure, les médecins africains exerçant en France ont le sentiment d'avoir été floués et revendiquent les mêmes droits que leurs collègues français et européens. L'enquête que nous avons réalisée dans la région parisienne révèle le sentiment de désillusion est une constante chez les médecins confrontés à un modèle de « carrière bloquée ». Les médecins africains que nous avons interrogés à Paris tiennent des discours fort différents de leurs collègues de Londres.

En évoquant leurs histoires respectives, ils manifestent une incompréhension devant le manque de reconnaissance sociale et professionnelle dont ils font l'objet malgré plusieurs années de travail en France. Ils ne trouvent pas de différence majeure entre la formation de médecine qu'ils ont reçue et celle qui est dispensée en France parce que les enseignements dans les universités africaines, disent-ils, sont conçus sur le modèle français avec l'appui de nombreux médecins de France.

Dans les pays francophones, les médecins bénéficient des mêmes programmes de formation que leurs homologues français. D'ailleurs, la faculté de médecine de Dakar, par exemple, est connue à travers le monde et reçoit les grands congrès de la médecine en Afrique et de nombreux professeurs de médecine de la France. (France D1, octobre 2006)

Je remplis les mêmes fonctions que mes collègues (activité hospitalière, enseignement et formation des internes) en étant deux fois moins bien payée, y compris pour les gardes. (France D4, octobre 2006)

Ils se disent non reconnus, exploités, stigmatisés, victimes de préjugés raciaux, comme cela ressort de l'analyse de contenu que nous avons menée sur les discours tenus dans les forums médicaux sur le web ou dans la presse spécialisée ou généraliste (Mendy 2010). Ils se trouvent dans une posture revendicative et leurs organisations collectives mènent des actions incessantes pour leur intégration professionnelle à part entière dans le système de santé français. Leur posture revendicative est renforcée par leur connaissance de leur fonction essentielle au sein du système français.

5.3 La Suisse ou la carrière « impossible »

En termes de recrutement de médecins étrangers, le système de santé suisse se révèle beaucoup plus fermé que les deux cas précédents. Il présente des points communs mais aussi des divergences avec le système français. La plus grande différence réside dans le caractère unitaire de la législation suisse. En France, la législation sur le recrutement des médecins est une législation spécifique, d'origine corporatiste-étatique, visant à protéger une profession particulière (Immergut 1992). En Suisse, le recrutement des médecins répond aux mêmes règles que le recrutement de tous les personnels qualifiés et s'inscrit dans le système des « trois cercles » (Nguyen 2003). L'accueil et l'emploi des médecins de nationalités africaines suivent la logique générale de la politique de l'immigration suisse (intérêts économiques mis en avant). Le séjour des médecins africains relève de la législation sur le travail et le séjour des étrangers. Du point de vue légal, la législation sur le séjour et l'emploi des étrangers dissuade voire rend impossible le choix de la Suisse comme lieu d'immigration pour les médecins africains. Le système des trois cercles, réduit depuis 2002 à deux cercles suite à l'entrée en vigueur de l'accord de libre-circulation avec l'UE, privilégie les Suisses d'abord, les Européens ensuite et les « Autres » finalement. Les médecins africains appartiennent à cette troisième catégorie. Le recrutement les concernant répond à une logique sélective restreinte et contraignante qui rend quasi impossible leur embauche dans le milieu médical à moins d'être naturalisé suisse ou européen.

En comparaison avec la carrière du médecin africain au Royaume-Uni et en France, les opportunités offertes par la Suisse aux médecins d'origine africaine sont encore plus étroites. Paradoxalement, la politique suisse donne moins prétexte à des revendications qu'en France. Les règles du jeu sont claires, excluantes, mais appliquées de manière systématique. Il n'existe pas, comme en France, d'association collective revendicative. Les entretiens que nous avons réalisés à Genève et à Lausanne sont particulièrement explicites :

Ne vous faites pas d'illusion, la loi est faite de sorte qu'elle décourage totalement l'arrivée des médecins africains en Suisse. Il est d'ailleurs impossible d'envisager une arrivée massive. (Suisse D2, octobre 2007)

Les opportunités de carrière de médecins africains en Suisse sont quasi inexistantes, en raison des dispositifs légaux qui obligent les employeurs suisses à privilégier respectivement la main-d'œuvre suisse, européenne et, ensuite seulement, des pays tiers dont font partie les pays africains. Le médecin africain a peu d'emprise sur son intégration dans le système de santé suisse, dans le sens où les procédures d'emploi sont menées par les employeurs qui sont tenus de respecter les dispositions légales avec un accent particulier sur le fait qu'ils doivent démontrer l'intérêt d'un tel recrutement pour la Suisse. Les responsables des ressources humaines de structures hospitalières interviewés en Suisse romande sont unanimes sur le fait que la loi, appliquée à la lettre, exclut tout recrutement de médecin de nationalité africaine.

Nous recrutons les ressortissants de l'Union Européenne, sauf ceux des nouveaux adhérents qui doivent encore patienter jusqu'en 2009. Sur ce plan, le recrutement est facile. Il devient délicat quand il s'agit des ressortissants africains, parce que nous avons l'obligation de prouver à Berne que nous n'avons pas réussi à en trouver dans les pays de l'UE et au sein des nouveaux adhérents pour se permettre un recrutement en Afrique. A vrai dire, c'est quasi impossible. (Suisse R1, octobre 2007)

Les statuts officiels des médecins à diplôme africain présents dans les hôpitaux visités (Lausanne, Genève, Fribourg, Neuchâtel) se classent en cinq catégories : médecin boursier, médecin assistant, médecin assistant extraordinaire, médecin réfugié et médecin visiteur. En dehors du statut de médecin réfugié, aucun autre statut ne permet à un médecin de nationalité africaine d'exercer durablement en Suisse. Toutefois, dans certains cas de figure – besoins express – les médecins africains peuvent voir leur contrat prolongé mais pour une durée déterminée et dans les spécialisations en forte pénurie de personnel. Le statut de médecin boursier permet à un médecin africain de venir en Suisse pour une durée maximale de cinq ans avec obligation de retourner dans son pays d'origine à la fin de cette période. Il doit être boursier, soit de son pays, soit d'un organisme de développement, soit d'une structure qui s'engage à assurer le financement de sa formation en Suisse. La seconde possibilité est que le médecin, depuis son pays d'origine, postule pour une bourse de la Confédération et attende la réponse. Une fois la bourse acquise, l'objectif est de permettre au boursier de venir se former en Suisse, puis de rentrer chez lui pour faire bénéficier les populations locales du savoir acquis. Ce principe est l'une des conditions de l'octroi de la bourse.

Les médecins africains bénéficiant d'un statut de *médecin assistant*, ont des contrats à durée déterminée renouvelable année après année. Si les médecins assistants bénéficient d'un contrat de travail, ils sont cependant en spécialisation ou en formation au sein de la structure hospitalière. Le statut de médecin assistant est le même pour les médecins d'origine suisse et ceux de l'UE/AELE. Pour leur part, les médecins africains doivent quitter la Suisse à la fin de leur formation. Un autre statut possible pour les diplômés africains est celui de médecin assistant extraordinaire. Les médecins concernés viennent en Suisse dans le cadre de conventions avec des hôpitaux étrangers. Les médecins assistants extraordinaires sont accueillis comme médecins assistants voire comme chefs de clinique pour parfaire leur formation. Les programmes de formation, de collaboration ou d'échanges avec d'autres hôpitaux étrangers se fondent sur des principes de base qui conditionnent le partenariat. Ce statut s'applique aussi bien à des médecins africains qu'à d'autres médecins étrangers. Il y a aussi le statut de médecin visiteur qui correspond à celui du médecin qui bénéficie d'un visa touristique d'une durée maximale de trois mois. La personne concernée arrive en Suisse en qualité de médecin observateur sans autorisation d'exercer. Accueilli au sein d'une structure hospitalière, il assiste à des séminaires

ou colloques de médecine et peut observer les cas cliniques spécifiques mais sans pouvoir exercer la médecine. En définitive, les médecins *admis comme réfugiés*, après reconnaissance de leur diplôme, sont les seuls à pouvoir exercer légalement et pleinement en Suisse. Les autres possèdent peu d'opportunités pour y exercer durablement. Celles-ci sont étroitement limitées au plan légal, et offrent ainsi peu de marges d'insertion. Toutefois, le médecin africain peut choisir une des spécialisations dites à faible concurrence et/ou en pénurie de personnel. Ce choix stratégique lui permet, dans une certaine mesure, d'éviter la concurrence avec les médecins suisses et européens. Les Directives sur le séjour des étrangers avec activité lucrative dans le domaine de la santé prévoient des exceptions au principe de recrutement dans l'une des disciplines suivantes : la radiologie, l'anesthésie, la psychiatrie, la somnologie et la médecine alternative chinoise (Office fédéral des migrations 2009). Le médecin africain a également la possibilité de postuler dans les secteurs où les hôpitaux peinent à recruter. Par exemple, en radiologie, aux soins intensifs et en gynécologie. C'est ainsi que, pour diverses raisons, leurs carrières en Suisse sont, pour la plupart, émaillées de reconversions stratégiques. Contrairement aux médecins africains interrogés en France, les médecins africains en Suisse ne dénoncent pas les conditions et l'environnement de travail. Toutes choses égales par ailleurs, ils affirment bénéficier du même traitement salarial. Ils jugent leur environnement professionnel favorable et leurs conditions de travail optimales, même s'ils sont unanimes quant à l'existence d'une discrimination légale qui relève de la politique générale de l'immigration fondée sur les cercles de préférence.

6 Conclusion

En définitive, l'étude des carrières des médecins africains au Royaume-Uni, en France et en Suisse a permis de mettre en lumière des résultats importants.

Elle souligne, en premier lieu, combien une analyse en termes de *push and pull factors* classique ou améliorée par la prise en compte de facteurs sociaux demeure insuffisante pour comprendre les « carrières » des acteurs. En revanche, l'analyse en termes de carrière empruntée à la sociologie interactionniste (Hughes 1937) permet d'analyser les différentes étapes du cursus du médecin migrant et la manière dont ce dernier réinterprète au fur et à mesure la situation en fonction de la reconnaissance professionnelle qui lui est – ou non – accordée. Les motifs de départ se définissent comme un ensemble d'attentes socioprofessionnelles non satisfaites dans son pays (*push*) et de représentations des avantages qu'il trouverait à travailler dans un pays du Nord (*pull*).

En réalité, ces derniers n'offrent que très rarement aux médecins africains les conditions idéales pour réaliser les ambitions de départ. Dans ce domaine, comme dans d'autres secteurs, « l'ordre social impose des limites aux orientations que

l'individu tenterait de donner à sa propre vie » (Hughes 1937, 409). La perspective comparative que nous avons adoptée dans notre étude révèle combien l'ordre social est structuré différemment dans les trois pays de destination des migrations que nous avons choisi d'étudier.

Une fois la migration choisie et selon les pays d'arrivée, les médecins africains se trouvent confrontés à des institutions fondées sur des règles du jeu différentes. L'analyse met en évidence l'importance considérable de l'héritage politico-institutionnel du pays d'arrivée quant à la possibilité d'exercer une carrière médicale. Chaque pays a construit de manière spécifique sa relation avec les médecins formés à l'étranger et avec les médecins africains en particulier. Un pays comme le Royaume-Uni dans lequel, depuis la création du *National Health Service*, le statut professionnel des médecins est relativement peu attractif pour les professionnels nationaux, se caractérise traditionnellement par une grande ouverture aux professionnels de santé formés à l'étranger. Au contraire, dans deux pays comme la France et la Suisse dans lesquels la profession médicale a historiquement été protégée et jouit d'un statut social élevé, les médecins étrangers – et plus particulièrement non européens – accèdent très difficilement à l'exercice médical réservé aux nationaux. Toutefois, si la Suisse apparaît comme rigoureusement fermée, la France s'affiche comme fermée, offrant de fait des positions – moins avantageuses qu'aux nationaux – dans le secteur hospitalier public. Le caractère ouvert ou fermé des systèmes professionnels dépend avant tout des arrangements pris dans la période de création des systèmes modernes de santé, notamment en ce qui concerne les stratégies de régulation du marché du travail (cf. Tableau 1 en annexe). La carrière professionnelle des médecins africains est avant tout déterminée par les règles du jeu instaurées par les différents pays au cours de leur histoire. L'héritage du passé détermine largement la place offerte aux médecins africains au sein des différents systèmes. Elle peut être forte ou faible, fortement légitimée ou faiblement légitimée. Le médecin africain peut être considéré comme un professionnel parfaitement légitime et capable, ou comme un pis-aller. L'analyse des récits des acteurs permet de comprendre le sens vécu de l'expression « médecin étranger » dans des espaces nationaux spécifiques.

L'analyse en termes de carrière permet enfin de mettre l'accent sur les types de stratégie qui s'offrent aux acteurs. Le premier pays (Royaume-Uni) favorise les stratégies individuelles d'accès au marché de la profession. Il offre également une grande place aux cabinets de recrutement qui opèrent sur la sphère mondiale. Les stratégies migratoires vers la France découlent essentiellement des liens entre les pays africains et l'ancienne puissance coloniale ce qui se traduit notamment par l'existence de fortes communautés africaines dans le pays. Dans le secteur médical, la situation qui est faite aux médecins africains définis comme PADHUE place durablement un grand nombre de médecins dans des statuts intermédiaires n'offrant qu'une reconnaissance incomplète de leurs compétences. Toutefois, la France ne peut se passer de ces professionnels et recourt constamment à cette main-d'œuvre. Dès lors, les PADHUE

développent des stratégies collectives visant à faire pression sur l'Etat français pour améliorer leurs conditions de recrutement et d'exercice. Ces stratégies collectives se traduisent notamment par des mouvements de grève et la mobilisation des médias pour dénoncer leurs conditions d'exercice. En revanche, la Suisse offre peu d'espace stratégique aux migrants. Ici, c'est la nationalité du médecin qui importe car elle détermine l'accès direct au marché du travail. En raison de son niveau de richesse, la Suisse demeure un pays attractif, mais n'autorise, au mieux, que des stratégies individuelles à la marge. Notre analyse révèle deux stratégies principales : le choix des secteurs à faible concurrence avec les médecins nationaux et européens ainsi que la naturalisation par mariage ou l'acquisition du statut de réfugié.

Cependant, les règles du jeu ont commencé à connaître un tournant. Depuis le début des années 2000, l'eupéanisation des politiques publiques produit, y compris en Suisse, la convergence vers un modèle de recrutement qui privilégie les candidats issus de l'Europe des 25 au détriment des professionnels issus du « troisième cercle », pour reprendre la terminologie suisse. Si ce tournant se maintient, la place des médecins à diplômes africains risque de devenir résiduelle.

7 Références bibliographiques

- Astor, Avraham, Tasleem Akhtar, María Alexandra Matallana, Vasantha Muthuswamy, Folarin A. Olowu, Veronica Tallo et Reidar K. Lie. 2005. Physicians migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Social Science & Medicine* 36: 2492–2500.
- Awases, Magda, Akpa R. Gbary, Jennifer Nyoni et Rufaro Chatora. 2004. Migration des professionnels de la santé dans six pays : rapport de synthèse. Brazzaville : Bureau OMS régional de l'Afrique.
- Barré, Rémi, Valéria Hernández, Jean-Baptiste Meyer et Dominique Vinck. 2003. *Diasporas scientifiques*. Paris : IRD Editions.
- Becker, Howard S. 1985 [1963]. *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
- Bessin, Marc, Claire Bidart et Michel Grossetti. 2010. *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris : La Découverte.
- Buchan, James. 2008. How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply? Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Buchan, James et Delanyo Dovlo. 2004. *International recruitment of health workers to the UK: a report for DFID*. Londres : DFID Health Systems Resource Centre.
- Bundred, Peter E. et Cheryl Levitt. 2000. Medical migration: who are the real losers? *The Lancet* 356(9225): 245–246.
- Cash, Roland et Phillippe Ulmann. 2008. Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé. Le cas de la France. *OECD Health Working Papers* 36.
- Clemens, Michael A. et Gunilla Pettersson. 2008. New data on African health professionals abroad. *Human Resources for Health* 6(1), <http://www.human-resources-health.com/content/6/1/1> (14.01.09).
- Coleman, David. 1995. "Immigration policy in Great Britain" Pp. 113–136 in *Migration policies: a comparative perspective*, édité par Friedrich Heckmann et Wolfgang Bosswick. – Stuttgart : Editions Enke.
- Darmon, Muriel. 2008. La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation. *Politix* 82(9) : 149–167.

- Fillieule, Olivier. 2001. Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel. *Revue Française de Science Politique* 51(1–2): 199–217.
- Fouquet, Thomas. 2007. Imaginaires migratoires et expériences multiples de l'altérité: une dialectique actuelle du proche et du lointain. *Autrepart* 1(41): 83–98.
- Gaillard, Anne-Marie et Jacques Gaillard. 1999. *Les enjeux des migrations scientifiques internationales. De la quête du savoir à la circulation des compétences*. Paris: L'Harmattan.
- Gaillard, Anne-Marie et Jacques Gaillard. 2006. « Fuite des cerveaux, circulation des compétences et développement en Afrique: un défi global » Pp. 37–65 in *Défis du développement en Afrique subsaharienne: l'éducation en jeu*, édité par Marc Pilon. Paris: CEPED.
- Hawkes, Niguel. 07.02.2008. NHS closes its doors to foreign doctors. *The Times*, <http://journalisted.com/article/6eak> (05.05.2010).
- Hughes, Everett C. 1937. Institutional office and the person. *American Journal of Sociology* 43(3): 404–413.
- Immergut, Ellen M. 1992. *Health Politics, Interests and Institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press.
- Massey, Douglas, Joaquin Arango, Graeme Hugo, Ali Kouaouci, Adella Pellegrino et J. Edward Taylor. 1993. Theories of international migration: a review and appraisal. *Population and Development Review* 19(3): 431–466.
- Mendy, Angèle Flora. 2005. L'exode des professionnels de la santé: une catastrophe pour l'Afrique. *Revue Economique et Sociale* 4: 85–90.
- Mendy, Angèle Flora. 2010. Les migrations internationales des médecins d'Afrique: entre stratégies d'acteurs, politiques nationales et débats internationaux. Les cas du Royaume-Uni, de la France et de la Suisse. Thèse de doctorat, sciences sociales et politiques, Université de Lausanne, Suisse.
- Merrien, François Xavier, Raphaël Parchet et Antoine Kernen. 2005. *L'Etat social. Une perspective internationale*. Paris: Armand Colin.
- Nguyen, Min Son. 2003. *Droit public des étrangers. Présence, activité économique et statut politique*. Berne: Staempfli Editions.
- Office fédéral des migrations. 2009. I. Domaine des étrangers. 4 Séjour avec activité lucrative (Version du 20 août 2009). Directives et circulaires de l'Office fédéral des migrations. Berne: ODM.
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). 2006. *Rapport sur la santé dans le monde: travailler ensemble pour la santé*. Genève: OMS.
- Portes, Alejandro et Joseph Böröcz. 1989. Contemporary immigration: theoretical perspectives on its determinants and modes of incorporation. *International Migration Review* 23(3): 606–630.
- Ragin, Charles. 1987. "Case oriented comparative methods" Pp. 34–52 in *The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative method*, édité par Charles C. Ragin. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Schmeidl, Susanne. 1996. "Hard times in countries of origin" Pp. 127–136 in *Migration and crime: Global and regional problems and responses*, édité par United Nations. Milan: International Scientific & Professional Advisory Council.
- The Lancet. 2005. Migration of health workers: an unmanaged crisis. *The Lancet* 365(9474): 1825.
- Torodo, Michael P. 1976. Internal migration in developing countries. Genève: Bureau International du Travail.
- van Meeteren, Masja et Sonia Pereira. 2013. The differential role of social networks. Strategies and routes in Brazilian migration to Portugal and the Netherlands. *Working Papers* 66. International Migration Institute, Oxford University.
- Wickramasekara, Piyasiri. 2003. Policy responses to skilled migration: retention, return and circulation. *Perspectives on labour migration* 5E. Organisation Internationale du Travail, Genève.

World Bank et IFC. 2007. *Investir dans la santé en Afrique. Le secteur privé: un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations*. Washington, D.C.: World Bank et Société Financière Internationale.

8 Annexe

Tableau 1 Caractéristiques comparées des contextes migratoires des médecins à diplôme africain en Europe

	UK	FR	CH
Recrutement	Actif par le biais d'organisations spécialisées	Pas de recrutement officiel de l'Etat	Restreint aux contextes de formation (initiale et perfectionnement)
Système de santé	Principalement étatique	Dual avec secteurs public et privé parallèles	Dual avec secteur hospitalier essentiellement public et secteur ambulatoire principalement privé mais régulé par l'Etat
Marché du travail	Ouvert (se refermant dans les années 2000)	Fermé mais ouvert de fait pour des positions de demi-droit en secteur hospitalier public => marché dual	Très fortement fermé (politique migratoire globale), avec quelques « trous de souris »
Reconnaissance des diplômes	Pleine et relativement ouverte	Incomplète et plutôt fermée	Plutôt fermée
Conditions d'exercice	Identiques aux médecins indigènes	Majoritairement inférieures aux médecins indigènes	Restreintes à des postes de formation mais, pour les rares qui parviennent à entrer et à faire reconnaître leurs diplômes, identiques aux médecins indigènes
Stratégies des acteurs	Individuelles avec marge d'action étendue	Collectives revendicatives	Individuelles avec marge d'action extrêmement réduite

Commentaires : Type UK : marché ouvert (même s'il se ferme un peu), permettant aux médecins africains une pleine pratique de la médecine ; l'action est donc essentiellement individuelle (carrière personnelle). Type FR : marché fermé qui se protège en restreignant la reconnaissance des diplômes ; mais pénurie dans le secteur public hospitalier (le moins attractif au plan des conditions de travail et de rémunération), qui ouvre la porte à une demi-reconnaissance (reconnaissance de fait mais pas de statut) uniquement dans ce secteur en pénurie ; action collective revendicatrice apparaît car un nombre important de médecins partagent durablement ces situations intermédiaires insatisfaisantes. Type CH : marché fermé limité à des postes de médecin en formation et à quelques spécialités en très forte pénurie, et reconnaissance difficile des diplômes ; les possibilités d'entrée sont si limitées qu'elles ne permettent que des stratégies individuelles spécifiques ; pour les rares qui arrivent à entrer et faire reconnaître leurs diplômes, il n'y a plus de différences formelles avec les médecins indigènes.