

# Trois orientations pour limiter la pénurie de médecins en Afrique

Matthieu Loitron\*

## I | L'ampleur de la pénurie diverge selon les pays

L'Afrique manque cruellement de médecins. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le continent noir totalise 22 % des malades mondiaux, pour seulement 2 % des personnels soignant. Conséquence : au sud du Sahara, 36 pays sur 46 souffrent d'une pénurie aiguë de personnel de santé. Pour atteindre le seuil minimal recommandé par l'OMS, à savoir 5 %, il faudrait plus que doubler le nombre de travailleurs dans ce secteur.

Cette pénurie va de pair avec une émigration massive des personnels de santé. Résultat : proportionnellement à sa population, l'Afrique est le continent où les départs de médecins et d'infirmiers connaissent les taux les plus élevés. L'OMS estime qu'un quart des praticiens formés en Afrique exerce désormais dans les pays de l'OCDE. Toujours selon cette organisation, environ 20 000 médecins et infirmiers africains quittent chaque année le continent.<sup>1</sup>

Tous les pays africains ne sont pas touchés avec la même ampleur. Les situations sont contrastées. L'Égypte a conservé 98 % des médecins nés sur son territoire, le Niger 86 %. D'autres pays, en revanche, ont connu de véritables hémorragies. 52 % des médecins nés au Cameroun n'y résident plus. Au Sénégal, ce chiffre atteint 40 %.<sup>2</sup> Les chercheurs de la Banque Mondiale mettent en avant plusieurs facteurs pour expliquer ces taux très élevés : la pauvreté du pays mais aussi sa taille et sa situation sécuritaire. Le Ghana, par exemple, forme 150 médecins par an. Cinq ans après avoir obtenu leur diplôme, 80 % de ces nouveaux praticiens n'y résident plus.<sup>3</sup> Le taux d'émigration est également élevé dans des pays qui ont connu de graves troubles. C'est le cas au Libéria et en Angola, où ce taux atteint respectivement 60 % et 70 %. Dans ces contextes troublés, le diplôme médical

a pu représenter un sésame, un sauf-conduit permettant de fuir un environnement dégradé.

## Des différences de moyens extrêmes entre le Nord et le Sud

Où vont les médecins et les infirmiers africains ? Pour l'essentiel dans les pays de l'OCDE, là où les moyens humains et financiers consacrés à la santé sont sans rapport avec ceux exposés dans les pays les moins avancés (PMA).

On recense dans l'Hexagone 205 000 médecins pour 62 millions d'habitants. L'Afrique sub-saharienne, avec 690 millions de personnes, en compte seulement 96 000. La différence de budget consacré à la santé est encore plus frappante. Un Américain dépense chaque année 6 000 \$ pour se soigner, un Français 3 000 \$ et un Africain... 39 \$. Et encore, ce chiffre cache des disparités importantes. Un Burundais consacre en moyenne 5 \$ pour se soigner, un Sud-Africain 60 fois plus.

Pour un médecin africain, l'attrait de l'Occident est aisément compréhensible. Les salaires y sont beaucoup plus élevés qu'en Afrique et les conditions d'exercice de la médecine, sans commune mesure avec celles proposées sur le continent. L'accès aux soins et aux médicaments pour les médecins et leur famille est également un élément d'attractivité qui joue en faveur de l'Occident. L'épidémie de VIH a en effet privé l'Afrique de plus de médecins que la fuite des cerveaux...

Dans le même temps, les pays du Nord ont grandement besoin de personnels de santé. Le vieillissement des populations et l'allongement de l'espérance de vie dans les pays développés vont encore augmenter les besoins en personnels soignants. Dès lors, la main d'œuvre qualifiée en provenance des pays en développement constitue une véritable manne pour les systèmes

de santé du Nord. La Grande-Bretagne et les États-Unis, premières destinations des médecins subsahariens, ont ainsi mis en place des politiques actives de recrutement d'infirmiers et de médecins étrangers.

La France, si elle n'a pas mis en œuvre de politique équivalente, n'en a pas moins largement puisé dans la main d'œuvre africaine pour combler les pénuries causées par une utilisation trop restrictive du numerus clausus. 7 000 médecins étrangers, en majorité africains, jouent un rôle clé dans le fonctionnement de la médecine hospitalière. Ils assurent une grande part des gardes en pédiatrie, obstétrique et radiologie dans les hôpitaux publics, alors que leurs statuts et leurs rémunérations diffèrent sensiblement de ceux de leurs confrères français. La situation pourrait perdurer : on recense dans les hôpitaux 5 731 postes de médecins vacants à temps plein et 2 602 à temps partiel selon un rapport du ministère français de la santé.<sup>4</sup>

## **II | La pénurie de médecins a des répercussions sensibles sur le développement du continent**

### *Un coût sanitaire*

L'émigration des médecins africains a des conséquences directes sur la situation sanitaire des pays concernés. L'OMS a mis en lumière le rôle néfaste que celle-ci joue dans l'accroissement du taux de mortalité dû au paludisme.<sup>5</sup> L'ONUSIDA insiste, quant à elle, sur les conséquences qu'elle emporte dans la propagation de l'épidémie de VIH.

### *Un coût financier*

Cette émigration massive débouche sur une situation pour le moins paradoxale. En formant des médecins et infirmiers qui exerceront ailleurs, les pays formateurs du Sud « subventionnent » de fait les pays du Nord. Le Kenya par exemple, où le revenu annuel moyen est de 558 \$, dépense 66 000 \$ pour former un médecin, 43 000 \$ pour un infirmier.<sup>6</sup> Si, au coût de la formation, on ajoute le manque à gagner que représente ce départ, l'addition est encore plus lourde. Des chercheurs de l'OCDE affirment que les personnels de santé en exil représentent 1 milliard \$ de pertes pour la seule Afrique du Sud.<sup>7</sup>

### *Un coût institutionnel*

L'émigration des médecins africains a un coût à plus long terme. On sait en effet qu'une croissance durable passe par un gouvernement efficace, non corrompu, des services de santé et d'éducation qui fonctionnent correctement. Autrement dit en matière de développement « les institutions comptent ». La fuite des médecins n'est d'ailleurs qu'un aspect de ce problème : dans les pays les plus pauvres, l'un des enjeux majeurs est de disposer des ressources humaines capables de construire et de faire prospérer les institutions clés, ce qui est impossible si les diplômés partent très massivement. On le constate dans le domaine médical, dès lors que les plus aptes à construire ces institutions s'en vont en trop grand nombre. Ces départs alimentent un cercle vicieux où la détérioration des systèmes de santé encourage la fuite des cerveaux qui, à son tour, accentue la détérioration des systèmes de santé et ainsi de suite.

## **III | Améliorer les systèmes de santé en Afrique pour limiter la pénurie de médecins**

### *Des systèmes de santé répulsifs*

En Afrique, les systèmes de santé souffrent des mêmes maux que les autres services publics. En premier lieu, les rémunérations des agents sont souvent très faibles. Dans nombre de pays, les médecins ont vu leur niveau de vie chuter au cours de ces dernières années.<sup>8</sup> À cela s'ajoutent des problèmes de gouvernance (salaires impayés, interventions politiques intempestives, carrières bloquées, etc.). Sans compter les mauvaises conditions de travail auxquelles les personnels de santé sont confrontés (hôpitaux délabrés, pénuries de matériels, surcharge de malades, etc.), notamment dans les zones rurales où les pénuries peuvent être les plus criantes.

C'est pourquoi penser pouvoir remédier à la fuite des médecins africains sans agir en profondeur sur les systèmes de santé en Afrique est illusoire. En clair, demander aux pays du Nord de revoir leurs politiques de recrutement est peut-être nécessaire, mais restera insuffisant si l'on ne remédie pas au délabrement sur place des infrastructures sanitaires.

Pour preuve, en Afrique peuvent coexister dans un même pays une pénurie aiguë de personnels de santé et, dans le même temps, un taux important de médecins et d'infirmiers sans emploi ou exerçant un métier autre que celui pour lequel ils ont été formés. 5 000 infirmiers au Kenya travaillent actuellement dans un domaine autre que la santé, en particulier à cause des problèmes de recrutement dans le secteur public. L'Afrique du Sud, qui connaît une pénurie d'infirmiers, en compte 35 000 au chômage.<sup>9</sup> En Côte d'Ivoire, le ministère de la santé avançait en 2006 le chiffre de 800 médecins au chômage, pour 1 800 en exercice.<sup>10</sup>

Dans ce contexte, se contenter de former davantage de médecins et d'infirmiers peut s'avérer insuffisant. Le risque est grand, en effet, de voir ces nouveaux personnels soignant alimenter les flux migratoires vers le Nord au lieu de combler les pénuries de main d'œuvre au Sud. En Afrique, l'effort doit donc porter sur l'amélioration dans son ensemble des infrastructures sanitaires.

#### **IV | Orientations possibles**

Sans une amélioration globale des systèmes de santé sur le continent africain, il est illusoire d'imaginer enrayer la fuite des cerveaux et améliorer durablement l'état sanitaire du continent. Cette tâche est à l'évidence longue et incombe en priorité aux pays d'Afrique et est très liée à l'environnement économique et social des pays concernés. Les pays du Nord ont néanmoins leur part de responsabilité dans les pénuries de personnels de santé. Ils peuvent agir positivement sur la base des trois orientations suivantes :

##### **1 | Indemniser les pays africains formateurs**

Alors que l'Europe multiplie les conférences sur les migrations et le développement, les États européens doivent davantage prendre en compte dans leurs politiques migratoires les problématiques de pénurie de personnels de santé dans les pays du Sud.

À terme, il est souhaitable que soient mis en place des mécanismes de compensations financières, l'embauche d'infirmiers ou de médecins africains devant donner lieu à une indemnisation pour le pays d'origine

en fonction du manque à gagner que représente ce départ. Le sommet Union européenne – Union africaine, prévu en octobre 2007 au Portugal, est sans doute l'occasion d'engager plus avant des discussions sur ce sujet.

##### **2 | Améliorer l'efficacité des aides dans le domaine de la santé**

En matière d'aide, l'amélioration des systèmes de santé implique de passer d'une approche « verticale », centrée sur les maladies, à une approche plus globale qui tienne compte de l'ensemble des problématiques de santé publique.

L'OMS mettait récemment en garde contre la mise en œuvre de stratégies visant uniquement à soigner les maladies, sans conforter les systèmes de santé dans leur ensemble. « Une infirmière qui travaille sur le sida peut gagner trois à quatre fois plus qu'une infirmière qui travaille dans un autre service dans le même établissement ». De quoi reléguer au second plan d'autres maladies comme les diarrhées ou le paludisme, pourtant elles aussi extrêmement meurtrières.

Par ailleurs, l'amélioration de l'état sanitaire général implique de mieux identifier les besoins en termes de ressources humaines et de formation. La surmortalité massive est souvent moins due à l'absence de spécialistes de très haut niveau qu'à des lacunes élémentaires en matière de prévention, de moyens sanitaires et de personnels faiblement qualifiés. En conclusion d'un travail sur l'émigration médicale, Michael Clemens rappelle que les enfants qui meurent dans les zones rurales du Mozambique ne décèdent pas à cause du manque de cardiologues ou même de prophylaxie pour lutter contre le paludisme, mais « plus simplement » faute d'avoir pu se réhydrater lorsqu'ils ont eu la diarrhée.<sup>11</sup>

Mettre en œuvre une approche globale dans le domaine de la santé est donc nécessaire. Cela implique notamment :

- de développer des instruments d'évaluation afin de mesurer l'impact de telle ou telle action non seulement sur une maladie donnée, mais également sur le système sanitaire et la santé des populations en général.

- d'amplifier les mécanismes de coordination des aides afin que les actions des différents intervenants (États, ONG, bailleurs de fonds) s'inscrivent dans une démarche globale de santé publique et portent sur l'ensemble des maladies et sur les zones géographiques les moins médicalisées.

### **3 | Instaurer des garanties d'ordre professionnel et personnel pour inciter au retour des médecins africains**

La coopération Nord-Sud constitue un élément clé dans la limitation de la fuite des cerveaux. Aujourd'hui, même si la formation au Nord peut être vue comme un marche-pied vers l'émigration, fermer l'accès des universités et des hôpitaux européens aurait des conséquences négatives. Les médecins africains sont très nombreux à se former dans les universités occidentales et il serait néfaste de supprimer de telles filières. L'objectif n'est donc pas d'empêcher la circulation entre le Nord et le Sud mais bien d'inciter les médecins formés au Nord, ou y ayant exercé, à revenir dans leur pays pour pratiquer leur art.

Divers mécanismes sont envisageables dont les visas à entrée multiple pour faciliter la circulation des personnels. Mais pour les pays ayant les systèmes de santé les plus dégradés, le retour des médecins et infirmiers africains ne pourra se faire sans des politiques réellement incitatives qui leur garantissent non seulement une rémunération mais également des conditions de travail et de vie décentes (logement, etc.). On peut imaginer en particulier que, dans le cadre de l'aide publique au développement, soient mis en place des mécanismes garantissant à ceux qui font le choix de retourner dans leur pays le versement pour une durée donnée de leurs salaires, des conditions satisfaisantes d'exercice de la médecine (équipements dans les hôpitaux, etc.), un accès aux médicaments pour les personnels soignants, des garanties sur le plan de la sécurité pour eux et leur famille, etc.

\* Matthieu Loitron est responsable de CAPafrique

## **Notes**

- 1 | "Stillwell B, Diallo K, Zurn P, Vuljicic M, Adams O, Dal Poz M, "Migration of health care workers from developing countries : strategic approaches to its management" *Bulletin of the World Health Organization*. 2004  
[www.who.int/bulletin/bulletin\\_board/82/stilwell1/en/](http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/82/stilwell1/en/)
- 2 | Michael A. Clemens and Gunilla Pettersson, "New data on African health professionals abroad", Working Paper 95, Center for Global Development, 2006  
[www.cgdev.org](http://www.cgdev.org)
- 3 | Selon des données ghanéennes citées par la Banque Mondiale
- 4 | Yvon Berland, Mission "Démographie hospitalière", Ministère de la santé et des solidarités, 2006  
[www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000845/index.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000845/index.shtml)
- 5 | World Health Organization, *The world health report 2006*  
[www.who.int/whr/2006/fr](http://www.who.int/whr/2006/fr)
- 6 | Joses Muthuri Kirigia, Akpa Raphael Gbary, Lenity Kainyu Muthuri, Jennifer Nyoni and Anthony Seddoh, "The cost of health professionals brain drain in Kenya", *BMC Health Services Research*, 2006  
[www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-89.pdf](http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-89.pdf)  
Selon ces auteurs le coût est même de 517,931 \$ par médecin parti si l'on intègre dans le calcul la perte théorique en termes de retour sur investissement, et de 338,868 \$ pour un infirmier.
- 7 | OCDE, "Tendances des migrations internationales SOPEMI", 2004  
[www.oecd.org/dataoecd/46/35/37965509.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/46/35/37965509.pdf)
- 8 | Philippe Fargues évoque ainsi l'effondrement du niveau de vie des médecins en Algérie.  
[www.ceri-sciencespo.com/themes/projets/documents/cr\\_211206.pdf](http://www.ceri-sciencespo.com/themes/projets/documents/cr_211206.pdf)
- 9 | L'OCDE estimait ainsi que 35 % des infirmiers en Afrique du Sud exerçaient une autre profession ou étaient au chômage :  
OCDE, "The International Mobility of Health Professionals: An Evaluation and Analysis Based on the Case of South Africa, Part III", in *Trends in International Migration: Continuous Reporting System on Migration*, 2004  
[uilen.pair.com/jwattiau/jbmeyer/documents\\_scientifiques/Sopemi-PartIII-french\[1\].pdf](http://uilen.pair.com/jwattiau/jbmeyer/documents_scientifiques/Sopemi-PartIII-french[1].pdf)
- 10 | Ce problème d'absentéisme touche les personnels de santé, mais également les enseignants. Voir à ce sujet : N. Chaudhury, J. Hammer, M. Kremer, K. Muralidharan, and F. H. Rogers, "Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries", *Journal of Economic Perspectives*, 2006  
[siteresources.worldbank.org/INTPUBSERV/Resources/Rogers\\_Absence\\_Global\\_JEP\\_may2005.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTPUBSERV/Resources/Rogers_Absence_Global_JEP_may2005.pdf)
- 11 | Michaël Clemens, "Do visas kill? Health effects of African health professional emigration", Working Paper 114, Center for Global Development, 2007  
[www.cgdev.org/files/13123\\_file\\_Clemens\\_Do\\_visas\\_kill\\_3\\_.pdf](http://www.cgdev.org/files/13123_file_Clemens_Do_visas_kill_3_.pdf)