



LE POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT DES MIGRANTS TRANSNATIONAUX D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE, DANS LE SECTEUR DE LA SANTE A GENEVE



OIM Organisation Internationale pour les Migrations

Département de Sociologie
de l'Université de Genève (UNIGE)



Avec le soutien du Réseau
Universitaire International Genevois
(RUIG-GIAN)

L'OIM croit fermement que les migrations ordonnées, s'effectuant dans des conditions décentes, profitent à la fois aux migrants et à la société tout entière. En tant qu'organisme intergouvernemental, l'OIM collabore avec ses partenaires de la communauté internationale en vue de résoudre les problèmes pratiques de la migration, de mieux faire comprendre les questions de migration, d'encourager le développement économique et social grâce à la migration et de promouvoir le respect effectif de la dignité humaine et le bien-être des migrants.

Les opinions et les analyses exprimées dans le présent ouvrage ne reflètent pas nécessairement les vues ou les politiques officielles de l'Organisation internationale pour les migrations ou celles de ses Etats membres.

Editeur : Organisation internationale pour les migrations
17, route des Morillons
1211 Genève 19
Suisse
Tel. : + 41 22 717 91 11
Fax : + 41 22 798 61 50
Courrier électronique : hq@iom.int
Internet : <http://www.iom.int>

ISBN 978-92-9068-527-2

© 2009 Organisation internationale pour les migrations (OIM)

Tous droits réservés. Toute reproduction, même partielle de la présente publication est interdite sans autorisation écrite préalable de l'éditeur. Elle ne peut être, ni enregistrée dans un système d'archives, ni transmise par voie électronique ou mécanique, par xérogaphie, par bande magnétique ou autre.



LE POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT DES MIGRANTS TRANSNATIONAUX D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE, DANS LE SECTEUR DE LA SANTE A GENEVE



OIM Organisation Internationale pour les Migrations

Département de Sociologie
de l'Université de Genève (UNIGE)



Avec le soutien du Réseau
Universitaire International Genevois
(RUIG-GIAN)

This project / publication is included within the programme of
the Geneva International Academic Network (GIAN)

Ce projet de recherche et cette publication ont bénéficié du soutien du Réseau Universitaire International Genevois (RUIG-GIAN), que nous remercions tout particulièrement d'avoir rendu possible la collaboration avec l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) et le Département de Sociologie de l'Université de Genève.

Le projet de recherche et la publication ont été réalisés par l'équipe de recherche OIM - UNIGE, composée de Dina Ionesco (OIM), Ibrahima Amadou Dia (UNIGE /OIM) et Ibrahima Guissé (UNIGE/OIM), avec les contributions de Mary Haour-Knipe (OIM, Genève), Claudine Burton Jeangros (UNIGE), Claudio Bolzman (UNIGE), Céline Peyron (OIM, Genève), Frank Laczko (OIM, Genève) et Sandro Cattacin (UNIGE).

Nous tenons à remercier en particulier Aaron Vunda (chirurgien, chef de clinique), Martin Sigam (chef de clinique privée et médecin référant pour les réfugiés), Janine Dahinden (Forum Suisse pour les Migrations) et Markus Reisle (Direction du Développement et de la Coopération DDC) pour leurs contributions et leur implication dans le cadre du comité scientifique du projet. Nos autres remerciements s'adressent à Randall Harbour (RUIG) et à l'ensemble des personnes ayant participé aux focus groups et à la table ronde du 5 mars 2007.

Nos remerciements vont enfin et surtout aux personnes qui ont participé aux entretiens individuels, en donnant de leur temps et en partageant leurs histoires avec une très grande générosité.

■ Table des matières

Acronymes	7
Résumé exécutif.....	9
Executive Summary (English).....	13
Introduction	17
Chapitre I. Termes et méthodologie	19
1.1 Choix des termes	19
1.2 Travail exploratoire	21
1.3 Comité scientifique	21
1.4 Choix des principaux pays cibles sur la base des statistiques officielles (Cameroun, République Démocratique du Congo, Sénégal).....	22
1.5 Echantillonnage	23
1.6 Déroulement du protocole de recherche.....	25
1.7 Difficultés rencontrées	28
Chapitre II. Mise en perspective de la recherche dans le contexte international et suisse	31
2.1 Migration et développement : contexte international	31
2.2 Migrations du personnel de la santé : contexte international.....	35
2.3 Aperçu du contexte migratoire suisse.....	46
2.4 L'agenda suisse en matière de « migration et développement »	48
2.5 Les migrants dans le secteur de la santé suisse.....	51
Chapitre III. Déterminants des migrations	55
3.1 Facteur « politique ».....	55
3.2 Facteur « professionnel »	57
3.3 Facteur « étude / formation ».....	58
3.4 Facteur « regroupement familial et mariage ».....	59
Chapitre IV. Trajectoires migratoires d'Afrique subsaharienne à Genève	61
4.1 Statut juridique et accès à l'emploi	61
4.2 Qualifications et accès à l'emploi	64
4.3 Réseaux sociaux des migrants, intégration et potentiel de développement.....	72
Chapitre V. Le potentiel de développement des migrants transnationaux d'Afrique subsaharienne agents de la santé à Genève	75
5.1 Les transferts de ressources	75
5.2 Rôle des migrants dans l'amélioration des systèmes de santé	80
5.3 Migrations et développement : enjeux pluriels, enjeux réels	84
5.4 Participation des migrants au développement du pays d'origine: contraintes et aspirations.....	87

5.5	Dynamiques migratoires des Africains Subsahariens dans le secteur de la santé à Genève	95
-----	--	----

Chapitre VI. Conclusions 101

Chapitre VII. Recommandations 111

7.1	Valorisation des résultats et dissémination de la publication	112
7.2	« Catalogue et bourse des initiatives de co-développement pour l'Afrique subsaharienne »	112
7.3	« Programme de mobilité des compétences des diasporas d'Afrique subsaharienne dans le secteur de la santé »	113
7.4	« Ateliers sur les migrants et les diasporas africains dans le secteur de la santé à Genève »	114
7.5	« Recherche sur les contributions des diasporas africaines au développement des systèmes de la santé des pays d'origine. Les cas du Cameroun, du Sénégal et de la République Démocratique du Congo »	114
7.6	« Table Ronde de Bonnes Pratiques Internationale envers les Diasporas »	115
7.7	« Journée des Diasporas de Genève »	115

Annexes..... 117

Annexe 1	.....	117
Annexe 1	.....	119
Annexe 3	.....	123
Annexe 4	.....	126
Annexe 5	.....	129
Annexe 6	.....	131

Bibliographie générale 135

Bibliographie ouvrages OIM..... 145

■ Acronymes

AELE	l'Association européenne de libre-échange
CFE	Commission fédérale des étrangers
DDC	Direction du développement et de la coopération suisse
DFAE	Département fédéral des affaires étrangères
ICN	International Council of Nursing
LSEE	Loi sur l'établissement et le séjour des étrangers
FSM	Forum Suisse pour l'Etude des Migrations et de la Population
FMH	Fédération des médecins suisses (<i>Foederatio Medicorum Helveticorum</i>)
GIM	Groupe de Travail Interdépartemental
ICR	Groupe Directeur Interdépartemental-aide au retour
MIDA	Programme Migration et Développement pour l'Afrique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ODM	Office Fédéral des Migrations
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OIT	Organisation Internationale du Travail
OLE	Ordonnance limitant le nombre des étrangers
ODM	Office Fédéral des Migrations Suisse
OFSP	Office Fédéral Suisse pour la Santé Publique
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RUIG	Réseau Universitaire International Genevois
TOKTEN	<i>Transfer Of Knowledge through Expatriate Nationals</i>
UNIGE	Université de Genève

Résumé exécutif

Cette étude s'inscrit dans la thématique « migrations- développement – santé », en portant sur le potentiel de développement des migrants transnationaux dans le secteur de la santé. Elle analyse les stratégies des migrants africains dans le secteur de la santé en Suisse et plus particulièrement à Genève, à l'égard du développement de leurs pays d'origine. Réalisée par l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM, Unité de la Recherche et des Publications et le Département Migration et Santé) et le département de sociologie de l'Université de Genève (UNIGE) avec le soutien du Réseau Universitaire International Genevois (RUIG), cette recherche a pour objet d'éclairer les actions des décideurs politiques, visant à mobiliser les compétences et les ressources des migrants au profit de leur pays d'origine.

Le choix de l'Afrique subsaharienne s'est imposé par l'acuité de la question de la « fuite des cerveaux » et de la pénurie des professionnels de la santé dans cette région. En outre, les migrants africains en Suisse sont surtout présents dans le débat politique au travers des questions d'asile, d'où l'intérêt d'aborder cette région sous des angles différents, tels que le potentiel de développement des migrants, les capacités professionnelles et le lien entre stratégies étudiantes et professionnelles.

Le premier chapitre de la publication explique les principaux axes méthodologiques de cette recherche. Plusieurs éléments sont présentés tels le choix des termes, le travail préalable de révision de la littérature et des politiques du développement, des migrations et de la santé internationales et suisses, le choix des pays cibles, le travail d'échantillonnage, les entretiens avec les migrants et les institutionnels, la réalisation de focus groups et la réalisation d'une « Table Ronde » avec des représentants des migrants, associations et institutions engagées dans les thématiques de la recherche.

Le deuxième chapitre met en perspective le sujet à partir d'une revue succincte de la littérature et des politiques en place. Cinq thématiques principales qui se croisent et interagissent à des niveaux différents y sont présentées : l'agenda international liant les questions migratoires et les questions de développement ; le contexte international des migrations des agents de la santé ; un aperçu des politiques migratoires suisses ; une introduction à l'agenda suisse en matière de migration et développement et enfin une esquisse du secteur de la santé suisse et de la place que les migrants y tiennent et en particulier les migrants d'origine africaine.

Les chapitres trois, quatre et cinq présentent les résultats de la recherche effectuée à Genève. **Le chapitre trois** intitulé « Déterminants et causes des migrations internationales », analyse la pluralité de facteurs qui explique la migration du personnel de santé africain à Genève. L'absence d'une politique de mobilité nationale ou internationale permettant ou favorisant la circulation, est mise en évidence et souvent regrettée par les migrants.

Le chapitre quatre « Trajectoires migratoires d'Afrique subsaharienne à Genève », met en valeur les différents parcours de migration et d'insertion ainsi que les liens entre le statut juridique, les qualifications, les réseaux sociaux et l'accès à l'emploi

des migrants. L'occupation professionnelle des migrants est en rapport avec leurs qualifications d'origine lorsque les migrants ont soit des compétences élevées, soit spécifiques dans leur domaine et un statut sécurisé en Suisse.

Le **chapitre cinq** porte sur « Le potentiel de développement des migrants d'Afrique subsaharienne dans le secteur de la santé en Suisse » mettant en évidence le rôle fondamental des migrants dans l'amélioration des conditions de vie des populations dans leurs pays d'origine. Des initiatives ponctuelles existent dans le domaine de la santé, avec des activités de transfert de connaissances, cependant, les transferts financiers destinés aux familles constituent l'une des composantes fondamentales des interrelations entre les personnes interrogées et leurs pays d'origine. Le financement de ces activités transnationales dans le domaine de la santé découle du soutien de particuliers ou d'organisations caritatives. Les initiatives personnelles se font souvent avec l'appui de réseaux sociaux, dans le pays hôte et dans les pays d'origine.

Le **chapitre six** propose les « Conclusions » de la recherche. Les pratiques de solidarité initiées par les migrants, souvent à titre individuel, constituent dans une certaine mesure des régulateurs des tensions et déséquilibres politiques, sociaux et économiques. Cependant, certaines contraintes d'ordre structurel et / ou conjoncturel entraînent leur faible institutionnalisation et réduisent les retombées positives au niveau du développement économique et social du pays d'origine. Les résultats sont présentés en douze points :

1. Les messages des principaux acteurs institutionnels concernés par cette étude sont très divers, ce qui rend difficile la mise en place d'un agenda commun. Les responsables du développement, de la migration et de la santé en Suisse ont tous des perspectives distinctes et doivent faire face à des contraintes différentes ce qui crée des points de contradiction entre les migrants et les institutionnels, mais aussi entre institutionnels du monde du développement, de la migration et de la santé.
2. Les initiatives transnationales sont foisonnantes et diverses: institutions de transferts financiers, associations médico-sociales, dons de matériels (ordinateurs, équipements sanitaires, revues scientifiques), envoi de médicaments, prise en charge des centres de santé des pays d'origine, lobbying auprès d'institutions suisses, échanges de personnel, mobilisation d'étudiants. La famille et la communauté apparaissent souvent à la fois comme une motivation et une entrave aux stratégies de développement.
3. Les migrants du secteur de la santé contribuent à l'amélioration du système de santé du pays d'origine au travers d'initiatives le plus souvent personnelles et avec l'appui de réseaux sociaux dans le pays hôte et des pays de destination. Le besoin d'une meilleure institutionnalisation se fait sentir très fortement car ces initiatives sont souvent liées à des situations de crise et ont des difficultés à devenir pérennes.
4. Le statut du migrant en Suisse a un impact sur le potentiel de développement et les contributions au pays d'origine, les statuts plus sécurisés permettant une

intégration professionnelle et une meilleure mobilité, d'où un transfert plus aisé de connaissances au travers des retours temporaires.

5. Qualification et formation influencent l'intégration professionnelle et le potentiel de développement. Le problème de la reconnaissance des diplômes se détache avec une nette différence entre les migrants diplômés d'un autre pays, en particulier dans l'Union Européenne, ceux titulaires d'un diplôme depuis leur pays d'origine et ceux diplômés en Suisse.
6. Des différences entre professionnels hommes et femmes d'origine migrante sont visibles, avec une surreprésentation des femmes dans les activités faiblement qualifiées, liée avant tout à la différence de parcours migratoire. Certaines filières, telles les soins à domicile et surtout les soins aux personnes âgées représentent des débouchés importants pour les femmes migrantes d'origine africaine, ce qui peut être à la fois une opportunité et une limitation.
7. La « mobilité » apparaît comme facteur clé du potentiel de développement. Les personnes interrogées soulignent toutes leur volonté d'inscrire leurs perspectives professionnelles dans une perspective de « mobilité » plutôt que de « migration », où ils peuvent aller dans leur pays d'origine, partager leurs expériences et compétences, et revenir sans contraintes.
8. Les stratégies de retour évoluent entre vœux et réalités. Les entretiens ont fait ressortir un profond attachement des migrants et des diasporas aux pays d'origine. Pour certains cela passe par un objectif de retour au pays qui porte à la fois sur le retour « temporaire », dans une optique de transfert d'expériences et sur le retour « définitif », le plus souvent lié à un projet de retraite.
9. Le passage du statut d'étudiant au statut de professionnel représente un moment charnière pour de nombreux migrants transnationaux, venus pour les études et souhaitant rester en Suisse pour le travail. On remarque d'ailleurs, de plus en plus, un redéploiement des migrations étudiantes africaines en Suisse vers d'autres pays tels que les Etats-Unis ou le Canada pour des raisons professionnelles.
10. Les perceptions et images occupent une place fondamentale chez les migrants, prouvant qu'il ne faut pas sous-estimer la dimension du ressenti. Celles-ci portent sur la situation vécue *ici*, plus spécifiquement sur les politiques migratoires ou de l'emploi, tout comme sur le contexte dans le pays d'origine.
11. Les politiques envers les diasporas mises en place par les pays d'origine doivent prendre en compte la réalité de leurs diasporas afin de proposer des solutions adaptées. Les migrants souhaitent la responsabilisation de leur pays d'origine. La réalisation de projets de coopération ne peut se faire, sans une réelle volonté politique et une maîtrise technique du côté du pays d'origine.
12. Le « partenariat » est une notion centrale aux politiques envers les diasporas. Cela signifie donc de pouvoir identifier, d'abord en Suisse, les acteurs du développement parmi les migrants transnationaux. Il s'agit ensuite d'engager

le dialogue avec les employeurs, les universités et instituts de formation. Un dialogue renforcé est aussi nécessaire entre les sphères de la santé, du développement et des migrations qui continuent souvent, malgré de nombreuses interactions à évoluer sans agenda commun. Enfin, le dialogue et la coopération avec les pays d'origine des migrants est un élément incontournable.

Le **dernier chapitre** propose sept principales « Recommandations » visant à valoriser le potentiel de développement des migrants transnationaux d'Afrique subsaharienne.

1. Valorisation des résultats et dissémination de la publication ;
2. « Catalogue et bourse des initiatives de co-développement pour l'Afrique subsaharienne » ;
3. « Favoriser la mobilité des compétences des diasporas d'Afrique subsaharienne dans le secteur de la santé » ;
4. « Ateliers sur les migrants et les diasporas africains dans le secteur de la santé à Genève » ;
5. « Recherche sur les contributions des diasporas africaines au développement des systèmes de la santé des pays d'origine. Les cas du Cameroun, du Sénégal et de la République Démocratique du Congo » ;
6. « Table Ronde de Bonnes Pratiques Internationale envers les Diasporas » ;
7. « Journée des Diasporas de Genève ».

■ Executive Summary

The Development Potential of Transnational Migrants in the Health Sector in Geneva: Focus on Sub Saharan Africa

This study falls under the topic of «migration – development – health», and examines the development potential of transnational migrants in the health sector. It looks at the strategies of African migrants in the health sector in Switzerland, and more specifically in Geneva, with regard to the development of their country of origin. It was carried out by the International Organization for Migration (IOM Research and Publications Division and Migration Health Department) and the Department of Sociology of the University of Geneva (UNIGE) with the support of the Geneva International Academic Network (GIAN), and aims to elucidate the actions of policy makers to mobilize the skills and resources of migrants for the benefit of their country of origin.

Sub-Saharan Africa was the obvious choice given the acuteness of the «brain drain» problem and the shortage of health professionals in that region. Besides, African migrants in Switzerland are present in the policy debate mostly in connection with asylum matters, whence the interest in approaching the region from different angles, such as the development potential of migrants, professional capabilities and the linkages between student and professional strategies.

The **first chapter** of this publication explains the study's main methodological approaches. Several elements are presented such as the choice of terms, the preparatory work of reviewing the literature and policies on development, migration and health both internationally and in Switzerland, the choice of target countries, sampling, interviews with migrants and institutional personnel, the holding of focus groups as well as a «Round Table» with representatives of migrants, associations and institutions involved with the topic of the study.

The **second chapter** puts the subject in perspective by briefly reviewing the existing literature and policies. It presents five main cross-cutting themes that interact at various levels. They are the international agenda linking migration and development issues, the international context of the migration of health sector personnel, an overview of Swiss migration policies, an introduction to the Swiss agenda on migration and development, and lastly, a description of Switzerland's health sector and the place of migrants in it, in particular, those of African origin.

Chapters three, four and five set out the outcomes of the study conducted in Geneva. **Chapter three** is entitled «Determinants and Causes of International Migration», and analyses the multiplicity of factors that explain the migration of the African health personnel present in Geneva. Migrants underline and often regret the absence of a national or international policy on mobility that permits or favours the movement of people.

Chapter Four «Migration Trajectories from Sub-Saharan Africa to Geneva» highlights the various migration and integration experiences as well as the linkages between legal status, qualifications, social networks and job access for migrants. There is a correlation between migrants' professional activity and their original qualifications when they are highly skilled or highly specialized in their field and when they are securely established in Switzerland.

Chapter five deals with «The Development Potential of Migrants from Sub-Saharan Africa in the Health Sector in Switzerland» and underscores the fundamental role played by migrants in improving the living conditions of citizens in their countries of origin. There are targeted initiatives in the field of health involving the transfer of expertise, though financial transfers to families are one of the fundamental components of the interrelationships between the interviewees and their countries of origin. Funding for these transnational activities in the health field is derived from the support of individuals or from charitable organizations. Personal initiatives are often launched with the support of social networks in the host country and in the country of origin.

Chapter six sets out the study's «Conclusions». Solidarity practices initiated by migrants often on an individual basis, do serve to some extent to regulate political, social and economic tensions and imbalances. Yet there are certain structural and/or cyclical constraints that hamper the institutionalization of such practices and inhibit the positive spin-offs for economic and social development in the country of origin. The outcomes are presented in 12 points:

1. The messages from the main institutional players concerned by this study are extremely diverse, and this makes it difficult to establish a common agenda. Those responsible for development, migration and health in Switzerland all have different perspectives and must deal with different constraints. This gives rise to instances of contradiction between migrants and institutional players, as well as amongst institutional players in the fields of development, migration and health.
2. There is a great diversity and abundance of transnational initiatives, including institutions for financial transfers, medico-social associations, donations of materials (computers, health equipment, scientific reviews), the sending of medicines, assuming responsibility for health centres in countries of origin, lobbying Swiss institutions, personnel exchanges, and student mobilization. Family and community sometimes seem to be both a motivation and an obstacle to development strategies.
3. Health sector migrants help improve the health system in the country of origin through what are mostly personal initiatives and with the support of social networks in the host country and the countries of destination. There is a pressing need to create a better institutional framework for such initiatives, as they are often associated with crisis situations and it is difficult to put them on a long-term footing.

4. A migrant's status in Switzerland does have an impact on development potential and contributions to the country of origin. A more secure status makes for professional integration and better mobility and hence easier transfer of know-how by means of temporary returns.
5. Qualifications and training do influence professional integration and development potential. The question of recognition of qualifications differs vastly between migrants qualified in another country, in particular a European Union country, those holding a qualification from their country of origin, and those qualified in Switzerland.
6. There are obvious differences between male and female professionals of migrant origin, with women being over-represented in low-skill activities for reasons bound up largely with the difference in migration experience. Some professions such as home care, and geriatric care most of all, represent significant opportunities for migrant women of African origin and may be both an opportunity and a limitation.
7. «Mobility» emerges as a crucial element of development potential. The interviewees all underline their wish to situate their professional activities in a perspective of «mobility» rather than one of «migration», such that they face no obstacles to returning to their country of origin, sharing their experiences and skills and coming back to the host country.
8. Return strategies are shaped by both aspiration and reality. The interviews have shown that migrants and diasporas are deeply attached to their countries of origin. For some this means an aspiration to return to the country both «temporarily» for the purpose of transferring experiences, and «definitively», most often in connection with plans for retirement.
9. The transition from student status to professional status is a major turning point for numerous transnational migrants who have come to study in Switzerland and who wish to remain there to work. Migrant African students in Switzerland are increasingly redeploying toward other countries such as the United States or Canada for professional reasons.
10. Perceptions and images are of fundamental importance amongst migrants, which is proof that the subjective dimension should not be underestimated. Those perceptions and images have to do with the situation experienced *here*, more specifically migration and employment policies, as well as the context in the country of origin.
11. Policies adopted in countries of origin with respect to the diasporas must take account of the real situation of those diasporas in order to offer appropriate solutions. Migrants wish to see their countries of origin assume more responsibility. Cooperation projects cannot be conducted without real political will and technical competence on the part of the country of origin.

12. The notion of «partnership» is central to policies regarding diasporas. This means being able to identify the development players amongst transnational migrants, beginning in Switzerland. The next step is to launch dialogue with employers, universities and training institutions. A greater level of dialogue is also needed between the health, development and migration sectors, which despite numerous interactions, often continue to operate without a common agenda. Lastly, dialogue and cooperation with the countries of origin of migrants is indispensable.

The **last chapter** lays out seven main «Recommendations» intended to improve the development potential of transnational migrants from Sub-Saharan Africa.

1. Presenting the outcomes and disseminating the publication;
2. «Catalogue and exchange for co-development initiatives for Sub-Saharan Africa»;
3. «Programmes to promote skills mobility amongst Sub-Saharan African diasporas in the health sector»;
4. «Workshops on African migrants and diasporas in the health sector in Geneva»;
5. «Study on contributions by African diasporas to the development of health systems in the country of origin. The cases of Cameroon, Senegal and the Democratic Republic of the Congo»;
6. «Roundtable on international best practices with regard to diasporas»;
7. «Diaspora day in Geneva».

Introduction

Cette publication se trouve à la croisée des agendas migration, développement et santé. La cohérence des politiques migratoires, de développement et de la santé est nécessaire pour s'assurer que les avantages des flux migratoires en termes de développement soient maximisés et que leurs coûts – humains, sociaux, économiques et administratifs – soient minimisés.

A l'origine de cette étude se trouve le constat que les schémas classiques « pays de départ/ pays de destination », « fuite des cerveaux/ retour » apparaissent caducs pour rendre compte de la complexité des migrations internationales en général, et des migrations du personnel de la santé en particulier. Dans un contexte de mondialisation économique, les migrations internationales comportent plusieurs enjeux tels le potentiel de développement des migrants, le transfert de connaissances et de technologie, le retour vers le pays d'origine, le transnationalisme, la circulation migratoire, le développement d'associations des diasporas ou encore l'articulation entre politiques migratoires et politiques de développement.

La contribution des migrants au développement de leur pays d'origine, ne peut être dissociée de leur statut, niveau de vie et intégration dans le pays d'accueil. C'est pourquoi cette recherche examine la question des migrants transnationaux à travers le prisme commun du pays d'accueil et d'origine. Le premier objectif de ce projet est d'offrir des connaissances nouvelles sur les stratégies des migrants transnationaux venant de l'Afrique subsaharienne, travaillant ou étudiant dans le secteur de la santé en Suisse et en particulier à Genève, afin d'informer les décideurs politiques sur les outils et programmes qui maximisent les opportunités pour ces migrants.

D'après les statistiques standardisées en 2005, environ 30 000 personnes ont immigré en Suisse pour des questions de travail soit 42% de l'ensemble des immigrés permanents (OCDE, 2007). Selon les statistiques de l'Office Fédérale des Statistiques, en 2004, 90 000 étrangers travaillaient dans le secteur de la santé et du social en Suisse, dont une large majorité issue de l'Union européenne, de la région des Balkans (20 000 personnes) et d'autres régions du monde (13 000). Les études sur les migrations africaines dans le secteur de la santé en Suisse et leur contribution au développement des pays d'origine sont rares, d'où le caractère novateur de cette recherche. Les situations d'instabilité politique et économique constituent quelques uns des principaux facteurs des migrations africaines vers la Suisse, même si, en valeur absolue, la population migrante africaine reste peu nombreuse. La plupart des études sur les populations migrantes d'origine africaine en Suisse portent sur la question des requérants d'asile, d'où l'intérêt d'aborder cette région sous des angles différents, tels que le potentiel de développement des migrants, les capacités professionnelles et le lien entre stratégies étudiantes et professionnelles.

L'Afrique subsaharienne est par ailleurs, la seule région au monde qui ne devrait pas connaître de croissance dans les dix prochaines années, selon les projections de la Banque Mondiale, ce qui a guidé le choix de l'équipe de recherche vers cette

région. La question de la « fuite des cerveaux » et de la pénurie des professionnels de la santé s'y pose avec acuité. Si les migrations ont des effets positifs sur la région grâce aux transferts de compétences et financiers, d'autre part les migrations du personnel de la santé exacerbent la crise structurelle profonde des systèmes de santé en Afrique subsaharienne.

La communauté internationale, consciente de l'enjeu lié aux migrations du personnel de santé a œuvré ces dernières années à la mise en place de critères éthiques de recrutement visant à protéger les systèmes de santé des pays en développement émetteurs. L'hypothèse selon laquelle ces pertes seraient compensées par des transferts de fonds et de compétences dans le cas des pays de l'Afrique subsaharienne reste à être vérifiée, compte tenu des limitations en termes de mobilité et d'accès à l'emploi entre les pays d'origine et la Suisse.

L'étude s'est intéressée par ailleurs aux besoins en main d'œuvre du secteur médical genevois, pour aider à une meilleure prise en compte de la question des migrations du personnel de la santé dans la politique suisse en matière de migration et santé, qui reste surtout centrée sur les implications épidémiologiques de la migration et sur la santé des migrants.

Afin de répondre à l'interrogation sur le potentiel de développement des migrants transnationaux d'Afrique subsaharienne, dans le secteur de la santé à Genève, cette publication comporte sept chapitres : « Termes et méthodologie » (Chapitre 1) ; « Contexte migrations – développement – santé » (Chapitre 2) ; « Déterminants et causes des migrations internationales des migrants, agents de la santé d'Afrique subsaharienne à Genève », (Chapitre 3) ; « Trajectoires migratoires » (Chapitre 4) ; « Le potentiel de développement des migrants d'origine africaine dans le secteur de la santé en Suisse » (chapitre 5) ; « Conclusions » (chapitre 6) et enfin des « Recommandations » (chapitre 7).

Les personnes interrogées dans le cadre de cette étude ont manifesté un réel intérêt pour cette recherche en donnant généreusement de leur temps pour participer aux entretiens individuels et collectifs et étaient également heureuses de pouvoir faire entendre leurs voix. Leurs attentes sont élevées quant à l'attention qu'une telle étude peut attirer sur le potentiel de développement des migrants en Suisse. Les institutions internationales, et genevoises ont salué la démarche commune du RUIG, de l'OIM et de l'Université de Genève qui s'est matérialisée par cette recherche qu'elles considèrent comme innovante et opportune.

La recherche a permis de créer un espace de dialogue entre les migrants transnationaux et les décideurs publics. En effet, la difficulté de bâtir un « langage commun » se manifeste par l'ambivalence entre les discours des politiques qui parlent de législation, statuts, besoins en main d'œuvre, programmes et coûts et ceux des migrants qui présentent leurs perceptions, histoires, contraintes, attentes, stratégies personnelles, et sentiments tels la mauvaise conscience, l'envie de faire quelque chose pour le pays, le désir de changement et les perspectives pour les enfants. Le défi, dès lors, est de créer un pont entre les aspirations personnelles et les agendas politiques, au travers de réponses stratégiques et opérationnelles.

■ Chapitre I. Termes et méthodologie

Le projet constitue en premier lieu une recherche qualitative sur les migrants transnationaux, étudiants et professionnels dans le secteur de la santé genevois. Cette démarche de nature sociologique est complétée par un dialogue sur le thème du potentiel de développement des migrants transnationaux qui a lieu à plusieurs niveaux : a) entre migrants et décideurs publics du pays de destination et des pays d'origine ; b) entre la communauté universitaire et le monde des organisations internationales et c) entre différents acteurs institutionnels suisses (secteur de la santé privé et public, décideurs publics et techniciens du développement, des migrations et de la santé, autorités fédérales et cantonales, associations et réseaux, etc.).

Cette recherche s'inscrit par ailleurs dans le travail de l'OIM en matière de migration et développement qui comporte trois aspects : le dialogue politique, des projets de recherche et des programmes opérationnels (une bibliographie de l'ensemble des publications de l'OIM est disponible à la fin de cette publication).

L'orientation géographique - migrants de l'Afrique subsaharienne à Genève – de cette recherche est originale. Les migrants d'Afrique subsaharienne en Suisse sont surtout présents dans le débat politique au travers des questions d'asile. Ce projet de recherche permet d'aborder cette région sous des angles différents, tels que le potentiel de développement, les capacités professionnelles dans le pays d'accueil et le lien entre stratégies étudiantes et stratégies professionnelles. En outre, cette recherche permet d'intégrer la question des migrations internationales du personnel de la santé dans la politique suisse en matière de migration et de santé qui, jusqu'à présent, a été focalisée sur les implications épidémiologiques et socio-anthropologiques des migrations internationales ainsi que sur la santé des migrants en Suisse.

Les principaux axes de la méthodologie de cette recherche d'orientation qualitative sont résumés ici :

■ 1.1 Choix des termes

Pour la recherche qualitative le comité de recherche a décidé de privilégier l'expression "migrant transnational" afin de qualifier des personnes ayant vécu une expérience de migration et maintenant des liens au de là des frontières, entre leurs pays d'accueil et d'origine. De Tapia (1996) introduit la notion de transnationalisme par : « *le concept de circulation migratoire, issu de celui de migration fait référence à la mobilité des hommes, avec leurs itinéraires, leurs moyens de transport et de communication, la pratique effective et affective de l'espace parcouru, entre l'espace d'origine et l'espace de résidence. (...) Cette mobilité peut passer inaperçue ou sembler anecdotique. En réalité elle structure un espace véritablement transnational* ».

Le transnationalisme implique une position «entre deux », une présence aussi bien dans le pays d'accueil que dans le pays d'origine, une appartenance à des espaces

sociaux et des stratégies de contournement des barrières géographiques, culturelles et politiques. Glick-Schiller (1992) définit les transmigrants comme « *des personnes qui agissent, prennent des décisions et ont des préoccupations dans de nombreux champs sociaux* ». La perspective transnationale est à l'opposé de la conception de l'immigration comme processus d'acculturation. Le qualificatif transnational se réfère à la reconnaissance acquise par le migrant dans son pays d'origine à travers ses multiples investissements et sa capacité à maintenir des liens avec son milieu d'origine tout en étant partie prenante de la vie économique, politique, culturelle et sociale du pays hôte (Basch L., Glick-Schiller N. et Szanton-Blanc C., 1994).

L'équipe de recherche emploie aussi le terme de « diasporas », dans un sens plus large que « migrants transnationaux » afin d'y inclure aussi des deuxièmes générations par exemple. Il n'y a pas de définition officielle ou légale du terme diasporas, c'est pourquoi la notion reste très ouverte et permet de nombreuses interprétations. L'OIM (Ionesco, 2006) attire l'attention sur la dimension transnationale de cette notion et sur la diversité des populations auxquelles elle fait référence (personnes ayant acquis la nationalité du pays d'accueil, deuxièmes ou troisièmes générations, personnes vivant pour une période plus ou moins longue de temps dans le pays d'accueil). Cependant, les connotations collective et communautaire, ainsi que la connotation historique de dispersion et exil définitif qui lui sont rattachées ont fait que la notion de migrant transnational a été préférée.

L'OMS (site web 2007) définit les « agents de santé » comme « tous ceux dont les activités principales ont pour but d'améliorer la santé. Ce sont notamment toutes les personnes qui fournissent des services de santé - médecins, infirmiers, pharmaciens, techniciens de laboratoire - ainsi que les personnels administratifs et d'appui, tels que les agents financiers, les cuisiniers, les chauffeurs et les nettoyeurs ». Cette étude s'intéresse aussi aux étudiants dans le secteur de la santé. Les termes « secteur de la santé » qui implique les étudiants et les professionnels, « professionnels de la santé » et travailleurs de la santé » sont également employés, afin de donner une définition au plus large des personnes concernées. Les personnes formées dans les métiers de la santé mais ne travaillant pas ou employées dans d'autres métiers sont par ailleurs aussi visées par l'étude. La formulation « Migrants transnationaux dans le secteur de la santé » a été préférée à l'expression « agents de la santé migrants » afin d'éviter la confusion avec les personnes qui ont migré uniquement pour des raisons professionnelles et/ou dans le cadre d'un programme de migration professionnelle organisée.

Le terme de « développement » est employé dans un large sens humain, économique et social. Le développement implique la croissance, l'avancement, la responsabilisation et le progrès afin de construire les capacités humaines et élargir les choix des personnes. L'équité, la durabilité et la responsabilisation des personnes en sont les composants essentielles.

■ 1.2 Travail exploratoire

Revue de la littérature

La revue de la littérature a permis de dresser un état des lieux du contexte international et suisse de la question des migrations internationales du personnel de santé. Ces questions politiques sont extrêmement complexes et pour le moment les politiques mises en œuvre par différents états sont souvent encore à un état expérimental.

Diverses sources écrites ont été consultées (articles, rapports spécialisés, actes de colloques, séminaires, statistiques, documents en ligne sur Internet, etc.) ainsi que l'information disponible dans les centres de documentation des organisations internationales (OIM, OMS, BIT), des universités et des instituts de recherche (Université de Genève, Forum Suisse pour l'Etude des Migrations et des Populations, etc.).

La revue de la littérature a mis en évidence le manque d'études systématiques sur la migration du personnel de la santé et leur lien avec la question du développement du pays d'origine, notamment dans le contexte des migrants sub-sahariens à Genève d'où le caractère novateur de cette recherche. Sur cette base, deux documents de cadrage ont été produits qui ont donné par la suite la partie générale de « contexte » de cette publication.

Entretiens exploratoires

Des entretiens exploratoires ont été menés auprès de spécialistes des migrations internationales à l'OIM et à l'université de Genève, de représentants d'institutions aux niveaux cantonal et fédéral, en charge des questions de migration et de développement. Ces quinze entretiens exploratoires ont permis de mieux affiner la méthodologie et les orientations politiques de cette recherche. Ils ont spécifiquement permis d'éclaircir le contexte suisse et genevois et de mettre en perspective les entretiens avec les migrants.

■ 1.3 Comité scientifique

Le comité scientifique a joué un rôle clé dans le projet de recherche en rassemblant des experts du monde universitaire, international, non gouvernemental, du secteur privé et des leaders de la diaspora africaine. Le comité scientifique est intervenu sur les aspects théoriques, méthodologiques et opérationnels et sur les principaux enseignements retenus. Le Forum Suisse des Migrations, acteur clé de la recherche suisse en matière de migrations a fourni 20 heures de travail incluant la participation au comité scientifique, l'échange et des contributions à la Table Ronde Finale et à cette publication.

■ 1.4 Choix des principaux pays cibles sur la base des statistiques officielles (Cameroun, République Démocratique du Congo, Sénégal)

A la fin 2005, la République Démocratique du Congo (RDC), le Cameroun et le Sénégal faisaient partie des dix pays les plus représentés au niveau de la population résidente d'origine africaine dans le canton de Genève. Selon les statistiques de l'Office cantonal de la statistique, la RDC, le Cameroun et le Sénégal sont classés respectivement à la première (1207 ressortissants), troisième (899) et cinquième place (694). Le choix de la RDC se justifie amplement au vu des statistiques. Pour le Cameroun et le Sénégal le choix s'explique, d'abord par le souci d'avoir une certaine homogénéité au niveau des régions linguistiques (pays africains francophones). Cette décision écarte d'emblée la Somalie et l'Angola malgré les nombres plus élevés de ressortissants de ces pays présents à Genève (voir tableau 1 présentant le classement des pays les plus représentés au niveau de la population résidente africaine dans le canton de Genève). Le français demeure la langue utilisée dans le milieu médical à Genève, ce qui peut être considéré comme un facteur attractif pour les professionnels de la santé et étudiants du Cameroun, Sénégal et RDC voulant poursuivre leur activité à l'étranger.

Tableau 1: Statistique de la population du canton de Genève, Population résidente d'origine africaine : les dix pays d'origine les plus importants

RDC	Somalie	Cameroun	Angola	Sénégal	Ethiopie	Côte d'Ivoire	Nigeria	Ghana	Guinée
1207	933	899	807	694	631	448	399	393	353

Source : Office cantonal de la Statistique (OCSTAT, 6 mars 2007)

D'autre part, ce choix a été confirmé par l'importance du nombre d'étudiants originaires du Cameroun et du Sénégal dans les hautes écoles suisses. Selon l'Office Fédéral de la Statistique, en 2005, le Cameroun et le Sénégal faisaient partie des vingt pays d'origine les plus importants en terme de proportion d'étudiants étrangers scolarisés en Suisse et poursuivant leurs études dans le degré tertiaire (hautes écoles suisses et formation professionnelle supérieure). Ils étaient par ailleurs, les deux seuls pays de l'Afrique subsaharienne à figurer dans ce classement. Etant donné l'importance de la population étudiante dans la migration internationale africaine en général et la migration dans le secteur de la santé, le choix du Cameroun et du Sénégal trouve dès lors toute sa pertinence.

Enfin, le Sénégal, la RDC, le Cameroun, pays francophones de l'Afrique subsaharienne sont tous les trois confrontés à la question de la migration internationale des travailleurs qualifiés et des étudiants, en particulier du secteur de la santé et partageant à des degrés divers certains traits structurels caractéristiques des pays en développement: pauvreté, crise économique, dégradation du système de santé. La question de la pénurie des professionnels de la santé se pose avec acuité dans ces pays et dans la région de l'Afrique subsaharienne en général, mais les études disponibles à ce jour se focalisent principalement sur l'Afrique anglophone.

La recherche est centrée sur le canton de Genève, qui au niveau de la Suisse représente le canton dont la population résidente d'origine étrangère est la plus

importante (38,1% en 2000), avec 184 nationalités représentées (Statistique Genève). La majorité des entretiens a été réalisée avec des personnes, étudiant ou travaillant dans des structures de la ville même de Genève.

■ 1.5 Echantillonnage

Travail d'échantillonnage et identification des informateurs-clé selon la méthode « boule de neige »

La définition du personnel de la santé adoptée dans le cadre de cette étude s'inspire de la définition de l'OMS dans son rapport daté de 2006 intitulé *Le Rapport sur la santé dans le monde : Travailler ensemble pour la santé*. Selon l'OMS, les travailleurs de la santé sont définis comme « toute personne engagée dans des activités visant à améliorer la santé ». Cette définition opère deux distinctions de types de travailleurs de la santé : le personnel soignant et le personnel technique et de management. Les recensements de professionnels de la santé ne tiennent pas compte des professionnels de la santé travaillant en dehors des institutions de santé (par exemple, les médecins exerçant dans les compagnies minières ou dans les industries agricoles).

Le caractère hétérogène du personnel de la santé se reflète au niveau de la Classification internationale type des professions (CITP) de l'OIT et de la classification des catégories socioprofessionnelles adoptée lors d'une enquête en 2001 en Afrique du Sud (*Occupational Classification for the Health Industry, South African Census, 2001*). Cette dernière classification comprend les professions suivantes : Professions de la santé (infirmiers et sages-femmes ; professionnels de la santé associés; infirmiers et sages-femmes associés ; « tradipraticiens » et guérisseurs associés) ; autres professions incluses dans le secteur de la santé (informaticiens ; professions liées aux sciences sociales ; administration et professions associées ; secrétaires et employés de bureau ; peintres, nettoyeurs, artisanat et professions associées) (OMS, 2006).

Le choix des personnels de la santé dans le cadre de cette étude s'inspire des classifications internationales des métiers répertoriées ci-dessus, ce qui explique l'hétérogénéité des actifs classés sous la catégorie des professionnels de santé. On distingue des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des pharmaciens, des chercheurs en biologie, des étudiants en médecine et en pharmacie. En plus des personnels de la santé, l'échantillon des personnes interrogées comporte des étudiants en médecine, en pharmacie, en biologie, comme le montre le tableau en annexe 1 (Profil des étudiants et professionnels africains de la santé à Genève interrogés dans le cadre de cette étude). L'inclusion des étudiants dans l'échantillon se justifie en partie par le fait que des études ont montré qu'il existe une continuité entre la migration étudiante et la migration des travailleurs qualifiés et que les migrations étudiantes préfigurent les migrations des travailleurs qualifiés.

Par ailleurs, la définition large de la catégorie des personnels de santé, y compris des étudiants, permet de tester les hypothèses de (sur)qualification et de déqualification professionnelles, et d'avoir un aperçu plus large des diverses contributions des migrants et des diasporas au profit de leur pays d'origine.

Stratégie d'échantillonnage et identification des informateurs-clé

L'étude se base sur des entretiens individuels, de professionnels ou étudiants dans le secteur de la santé ayant pour origine un des trois pays de l'enquête, avec 17 personnes du Cameroun, 13 de la RDC et 12 du Sénégal, un total donc de 42 entretiens. Au fur et à mesure de l'avancée des entretiens, l'équipe de recherche a décidé d'ouvrir les entretiens à quelques ressortissants de la Côte d'Ivoire, du Congo, du Togo et du Rwanda, rencontrés lors des déplacements dans les hôpitaux et universités, afin d'avoir quelques points de comparaison avec d'autres pays d'Afrique subsaharienne, au total 7 autres entretiens donc 49 entretiens individuels en tout.

En revanche, l'équipe de recherche n'a pas réussi à avoir accès à des personnes travaillant dans le secteur informel ou hors du secteur de la santé, dans d'autres occupations. Ce problème est discuté plus en détail dans le paragraphe dédié aux difficultés rencontrées lors de l'enquête.

La stratégie d'identification des 49 personnes à interroger repose principalement sur un travail de réseau. Compte tenu des difficultés liées à l'identification des personnes à interroger, l'équipe de recherche a convenu d'impliquer des *informateurs-clé*. A cela s'ajoute la consultation d'annuaires téléphoniques, les recherches sur Internet, les visites spontanées dans les hôpitaux ou dans les facultés de médecine et de pharmacie pour nouer des contacts avec des étudiants et des travailleurs de la santé pour lesquels il n'y avait pas forcément au départ des réseaux de connaissance communs.

L'identification des personnes interrogées s'est faite au fur et à mesure du déroulement de l'enquête par l'effet *boule-de-neige*. Au cours de l'enquête, il est possible d'accumuler les contacts et les adresses d'autres personnes ou de vérifier des contacts déjà obtenus en demandant aux participants de suggérer d'autres contacts.

Composition de l'échantillon

Le tableau 2 résume quelques caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées telles que l'âge, le sexe, le titre de séjour, la nationalité d'origine et le niveau de formation de la personne.

Tableau 2: Répartition de l'échantillon selon le pays, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle

Pays	Etudiants		total étudiants	Professionnels		total professionnels	total pays
	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes		
Cameroun	5	2	7	6	4	10	17
RDC	3	0	3	7	3	10	13
Sénégal	3	4	7	3	2	5	12
Rwanda	0	0	0	1	0	1	1
Togo	1	0	1	0	0	0	1
Côte d'Ivoire	1	0	1	0	0	0	1
Congo	2	1	3	0	1	1	4
Total	15	7	22	17	10	27	49

Il est important de souligner que cet échantillon est composé de 32 femmes et de 17 hommes. La surreprésentation des femmes aussi bien chez les professionnels que chez les étudiants, appelle plusieurs explications. Selon des responsables de la santé (employeurs et organisations non gouvernementales) participant au focus group, le secteur de la santé constitue un domaine d'accès plus facile pour les femmes migrantes, d'abord du fait d'une demande très centrée sur le personnel féminin (métiers d'infirmières, sages-femmes, aide à domicile, aide de santé pour personnes âgées, etc.). Cependant, ces femmes ne sont pas nécessairement employées à un niveau de qualification équivalent à leur formation dans le pays d'origine, ou recommencent des formations à des degrés inférieurs, en particulier les femmes arrivées par regroupement familial. Selon les statistiques suisses, la présence des ressortissants africains en particulier des femmes en Suisse est souvent liée au regroupement familial et au mariage, ce qui peut donc aussi expliquer cette prépondérance des femmes dans notre échantillon.

■ 1.6 Déroulement du protocole de recherche

Cette recherche combine une variété de techniques d'enquête (guide d'entretien individuel, questionnaire, focus group, entretien institutionnel) pour mieux refléter les conditions de vie, les pratiques et les interrelations entre les acteurs interrogés avec leur pays d'origine et leur pays de résidence. Tous ces outils d'enquête ont été d'abord soumis à l'appréciation du comité scientifique. Ils ont ensuite été testés au préalable auprès de certains étudiants et professionnels de santé avant la passation du protocole d'enquête. Les entretiens se sont déroulés entre juillet et décembre 2006. Ces entretiens ont été effectués aussi bien sur le lieu de travail ou de résidence des personnes interrogées, parfois dans des cafés ou des restaurants.

Le guide d'entretien individuel (Annexe 3)

Les entretiens qualitatifs individuels auprès des professionnels et des étudiants du secteur de la santé sont basés sur un guide d'entretien testé au préalable sur les informateurs clé. Les entretiens ont porté sur les thèmes suivants :

- Les déterminants et les causes des migrations internationales : ce thème permet d'identifier les facteurs et motivations liés à la décision d'émigrer, les conditions sociales, économiques et politiques nationales et internationales, ainsi que l'incidence de l'état du système de santé et des opportunités d'emploi dans le secteur de la santé du pays d'origine sur le projet migratoire.
- Les trajectoires, les conditions d'immigration et les interactions entre les migrants, le pays d'origine et le pays de résidence : ce thème porte sur le parcours migratoire, les conditions de vie et de séjour des migrants, le cursus de formation et le parcours professionnel du migrant, le lien entre le statut juridique du migrant, son niveau d'intégration en Suisse et sa capacité de contribution au développement de son pays d'origine. Ce thème touche aussi aux phénomènes de déqualification, le lien entre la formation et le vécu professionnel des migrants.
- Les interactions entre les migrants, le pays d'origine et le pays de résidence : Ce thème cherche à mettre en évidence la dimension transnationale des migrants. Les différentes formes de contributions des migrants au développement de leur pays d'origine, mais également leur participation à l'activité économique du pays de résidence, ont été les principaux éléments des discussions.

Le questionnaire (Annexe 2)

La phase de collecte des données quantitatives s'est déroulée en même temps que les entretiens qualitatifs individuels. La stratégie a consisté à soumettre à chaque interlocuteur un questionnaire à la fin de chaque entretien qualitatif. Le questionnaire comporte les rubriques suivantes : les caractéristiques sociodémographiques du migrant, les transferts de fonds, les investissements et la rémunération. Ce questionnaire vise à recueillir des données quantitatives, notamment celles relatives aux aspects sociodémographiques des migrants et aux transferts de fonds. Quarante neuf questionnaires ont été réalisés.

Guide d'entretien avec les autorités institutionnelles (Annexe 4)

L'entretien semi-directif avec les autorités a consisté à recueillir le point de vue des autorités politiques et institutionnelles sur les liens entre migration et développement, les expériences au niveau de la coopération dans le secteur de la santé avec les pays africains et les pratiques dans le recrutement des personnels qualifiés. Des entretiens ont été menés auprès de deux responsables de la Direction du développement et de la coopération (DDC) à Berne, d'un responsable de l'Office cantonal de la main d'œuvre étrangère à Genève et d'un membre des ressources humaines d'un des hôpitaux genevois.

Les deux premiers entretiens ont porté sur la perspective suisse de la question migration et développement et les formes de coopération bilatérale entre la Suisse et les pays africains. L'entretien avec le responsable de l'Office cantonal de la main d'œuvre étrangère a porté essentiellement sur les opportunités d'emploi des migrants africains qualifiés, qui font partie de ce que les autorités suisses ont défini comme étant les Etats tiers. Le troisième entretien a porté sur les stratégies de l'hôpital public envers les professionnels d'Afrique subsaharienne, les besoins des hôpitaux en matière de main d'œuvre, les collaborations en cours et les obstacles rencontrés.

Focus group (Annexe 5)

Trois groupes de discussions (focus groups) ont été organisés, regroupant chacun environ 10 participants. Les deux premiers ont réuni des migrants africains actifs dans le secteur de la santé, étudiants et professionnels. Le troisième a réuni des personnes ressources représentant le point de vue des institutions/organisations/structures et des employeurs dans le secteur de la santé dans le canton de Genève, qui sont amenés à travailler ou à être en contact avec des professionnels de la santé originaires d'Afrique subsaharienne. Il s'agit de responsables d'organisation non-gouvernementales et d'associations, de techniciens des ministères travaillant sur le développement et la migration ainsi que des représentants des employeurs privés et publics.

Chaque groupe de discussion a comporté des questions auxquelles les participants étaient conviés à répondre, selon leurs trajectoires et leurs expériences en mettant l'accent sur les voies et moyens pour maximiser le potentiel de développement des migrants et de la diaspora dans le secteur de la santé au profit des pays d'origine. La discussion du troisième focus group institutionnel a mis en évidence le contexte plus large dans lequel les individus, étudiants ou professionnels évoluent ainsi que les points de vues des employeurs et des techniciens. Ce focus group a permis de comprendre la complexité des questions soulevées par ce projet de recherche, qui touche également le secteur de la migration, du développement et de la santé, chacun avec ses contraintes et opportunités. Les participants, tous basés en Suisse ont mis en valeur les questions dans le pays d'accueil mais soulevé aussi des points par rapport aux pays d'origine de ces migrants. La diversité des points de vue des participants du Focus Group a attiré l'attention sur l'importance d'établir un réel dialogue entre ces acteurs, afin de permettre une meilleure collaboration.

Analyse des données

L'analyse des données qualitatives s'est faite de façon manuelle sur la base d'un plan d'analyse de contenu qui a rendu compte des différents thèmes du guide d'entretien et a systématisé des tendances et résultats. L'analyse des données quantitatives a été réalisée avec le logiciel Excel et consiste en une présentation sous forme de tri à plat des principales caractéristiques sociodémographiques, des caractéristiques économiques et des formes de contribution au bénéfice du pays d'origine.

Table Ronde (Agenda Annexe 6)

La Table Ronde a été organisée le 5 mars 2007 à l'OIIM à Genève permettant de présenter les conclusions et recommandations de l'étude. La Table Ronde a réuni plus de quarante participants : décideurs publics spécialisés dans les questions de migrations développement et santé, représentants des missions auprès des Nations Unies des pays d'origine des migrants (Sénégal, Cameroun, République Démocratique du Congo), universitaires, acteurs non gouvernementaux et syndicaux, migrants (professionnels et étudiants), représentants d'organisations internationales et institutions/employeurs du secteur de la santé afin de confronter leurs perspectives sur les résultats de l'étude. Le rôle de cette Table Ronde a été de permettre le dialogue entre ces différents interlocuteurs et d'inclure dans la

recherche le point de vue des représentants gouvernementaux des pays d'origine des migrants transnationaux interrogés.

■ 1.7 Difficultés rencontrées

L'une des premières difficultés rencontrée est la disponibilité limitée de certaines données statistiques. Toutefois, l'orientation qualitative de cette recherche relativise l'importance de la représentativité statistique de la population cible. En outre, les données disponibles ne sont pas désagrégées et n'informent pas sur les catégories professionnelles des étudiants et professionnels de la santé originaires de l'Afrique subsaharienne. Pour palier à cette difficulté, la stratégie a consisté à diversifier les sources d'information, à choisir des pays en fonction de l'appartenance à une même zone linguistique et surtout à prendre en compte l'intérêt qu'ils présentent du point de vue de la coopération au développement de leur pays d'origine. Ainsi, dans le cas de la RDC c'est la représentation de la population résidente qui a primé, alors que pour le Sénégal, c'est la présence des ressortissants dans les hautes écoles suisses.

Il était prévu au début de l'étude de mener 75 entretiens avec les étudiants et professionnels africains de la santé. Toutefois, appliquant le principe de la *saturation progressive*, les entretiens qualitatifs se sont limités à ces 49 entretiens individuels à partir du moment où émergeait un taux de similarité élevé au niveau des informations collectées. La saturation a été remarquée pour trois catégories spécifiques : médecins, chercheurs et étudiants. Le travail d'enquête s'est aussi heurté au caractère hétérogène de la population, du point de vue de son activité professionnelle et de sa répartition dans divers secteurs et structures relevant de la santé à Genève. La méthode *boule-de-neige* a comporté certaines limites, notamment elle a rendu plus difficile l'accès aux personnels de santé diplômés dans le domaine médical, mais exerçant en dehors des métiers de la santé ou des soins à domicile, dans des métiers du secteur informel de la santé, ou encore dans des métiers complètement autres que la qualification d'origine. L'équipe de recherche n'est pas parvenue à identifier ce type de personnes ou n'a pas réussi à obtenir des entretiens individuels de leur part.

La prise de rendez-vous avec la personne à interroger, surtout quand elle n'a pas fait l'objet au préalable d'une recommandation de la part de nos *informateurs privilégiés* ou des personnes interrogées selon la méthode « boule de neige », est souvent précédée d'une large phase d'explication sur les objectifs de la recherche, ce qui n'emporte pas toujours l'adhésion du professionnel ou de l'étudiant. Peu de refus (moins de cinq) à participer à l'enquête ont été enregistrés, au motif qu'il s'agirait d'une étude de plus sur les Africains qui ne changerait rien à leur situation ou parce que les personnes n'étaient pas convaincues ou rassurées quant aux orientations de la recherche. Pour établir un climat de confiance et de coopération les principes de confidentialité et d'anonymat guidant la recherche ont été soulignés.

Une autre difficulté rencontrée lors de la recherche a été d'atteindre les employeurs du milieu de la santé genevois, soit car les interlocuteurs ne se sentaient pas toujours concernés par l'objet de l'étude, ou pour cause d'agendas chargés.

De plus, la large palette de thèmes abordés, touchant aux questions de politiques de migration, de développement et de la santé a représenté une nouvelle difficulté pour la recherche. En effet, les logiques différentes de ces agendas politiques ont été très vivement ressenties, notamment au niveau des interactions avec les décideurs publics.

Par ailleurs, le projet a bénéficié d'un apport croisé des milieux académique, Université de Genève, et international, OIM. L'articulation entre ces deux pôles a été une des grandes richesses de l'étude mais aussi un défi en termes de coordination et d'ajustement des perspectives.

Pour finir, une des principales limites du projet est l'implication restreinte des pays d'origine, exception faite lors de la Table Ronde finale. Ceci est uniquement dû au choix initial de se focaliser sur la situation dans le pays d'accueil, étant donné les ressources mises à disposition du projet. Cependant un des principaux enseignements du projet est la nécessité d'élargir l'étude à une deuxième phase dans les pays d'origine et d'établir la collaboration avec les pays d'origine sur des projets concrets. Par conséquent, un des objectifs de ce rapport est de disséminer les résultats de la recherche auprès des décideurs publics des pays d'Afrique subsaharienne.

■ Chapitre II. Mise en perspective de la recherche dans le contexte international et suisse

Ce chapitre a pour objet de présenter le contexte thématique, aux niveaux international et suisse, dans lequel s'inscrit cette recherche. L'étude qualitative qui est au centre de cette publication, porte sur une situation spécifique à un lieu, groupe et secteur d'activité, puisqu'elle a été entreprise au niveau des migrants transnationaux d'Afrique subsaharienne, dans le secteur de la santé du canton de Genève. Cependant, elle prend du sens en étant placée dans une perspective plus large car elle se trouve à la croisée des grandes questions de migrations, de développement et du secteur de la santé.

Il s'agit donc de thématiques complexes, tels les liens entre les migrations et les contributions des migrants au développement de leur pays d'origine, ou encore l'impact qu'à l'intégration professionnelle des migrants dans le secteur de la santé dans le pays d'accueil, sur les contributions au pays d'origine. Ce sont des réalités complexes et des agendas politiques divers. Le rôle et les stratégies des migrants transnationaux sont le fil conducteur de l'étude.

Dans ce chapitre cinq thèmes sont présentés, qui apportent des éclairages d'ensemble sur la problématique du potentiel de développement des migrants transnationaux d'Afrique subsaharienne travaillant dans le secteur de la santé à Genève.

- 2.1 Migration et développement: contexte international
- 2.2 Migrations du personnel de la santé : contexte international
- 2.3 Aperçu du contexte migratoire suisse
- 2.4 L'agenda suisse en matière de migration et de développement
- 2.5 Les migrants dans le secteur de la santé suisse

■ 2.1 Migration et développement : contexte international

L'articulation migration et développement au cœur de l'agenda international

Au courant de cette dernière décennie, l'attention internationale s'est fortement concentrée sur les liens entre migrations et développement et sur la cohérence des politiques dans ces deux domaines. Les impacts des migrations sur le développement sont complexes et multidimensionnels et restent pour le moment encore mal ou peu mesurés, compte tenu de la diversité de facteurs humains, économiques et politiques à prendre en compte.

Au niveau international, la Commission Mondiale sur les Migrations internationales (CMMI¹) a présenté en 2005 son rapport au Secrétaire général des Nations Unies et au Président de l'Assemblée générale des Nations Unies, mettant en exergue la nécessité d'accroître la cohérence dans le domaine des migrations. A sa suite en 2006, le Dialogue de Haut Niveau des Nations Unies sur les migrations et le développement, a exploré les possibilités de créer une cohérence politique en termes de migration et de développement au niveau international. Ce dialogue a été suivi par la mise en place du Forum Global sur les Migrations et le Développement accueilli successivement par la Belgique (2007) et les Philippines (2008). Ces événements internationaux ont souligné la nécessité de détenir des données plus précises sur le potentiel de développement des migrants transnationaux.

L'OIM a dédié en 2005 un de ses « Dialogue International sur les Migrations » à cette question, organisé un nombre significatif d'événements sur cette thématique dans ses différentes missions sur le terrain, tout en étant impliquée dans les différentes initiatives internationales mentionnées et en réalisant un nombre important d'études et de projets reliant migrations et développement. Le projet de recherche ayant mené à cette publication, fait partie du programme migration et développement de l'organisation et répond à la demande de connaissances spécifiques sur les stratégies des migrants africains.

Par ailleurs, la Commission européenne a publié en 2005 une Communication intitulée "Migration et Développement : des orientations concrètes", mettant en exergue des zones de priorité pour l'amélioration de la cohérence entre les politiques du développement et des migrations. Au niveau régional, le Conseil exécutif de l'Union africaine a adopté en 2005 une "Décision sur les migrations et le développement", reconnaissant l'ampleur et l'impact des migrations sur le développement. La conférence ministérielle de Rabat en 2006 a aussi reconnu l'importance de la problématique migrations et développement.

Les études en matière de migrations et développement mettent essentiellement l'accent sur la mobilité des populations, avec pour objectif de permettre à la fois aux pays d'origine et de destination de bénéficier des avantages des flux migratoires et, notamment, des transferts de connaissances et de compétences. Cependant les limitations à la mobilité sont nombreuses ainsi que les obstacles à la maximisation des transferts de connaissances et de compétences. Les recherches mettent en valeur la complexité de la problématique migration et développement : si les rapatriements des fonds représentent des sommes significatives, quelle est la contrepartie en termes sociaux pour les migrants comme pour leurs familles ? Les migrants sont-ils employés au niveau de leurs connaissances et diplômes dans les pays de destination ? Si les migrants acquièrent de nouvelles compétences dans le pays d'accueil peuvent-ils les mettre en œuvre en revenant dans le pays d'origine si

¹ La Commission mondiale sur les migrations internationales CMMI a été constituée le 9 décembre 2003 à Genève, en présence de la conseillère fédérale Micheline Calmy-Rey et du Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan. Elle se composait de 19 personnalités éminentes de 16 Etats. Son mandat était d'élaborer un rapport indépendant qui donne aux Etats un cadre permettant une gouvernance plus efficace des migrations aux niveaux national, régional et international. Ce rapport est un document de référence pour le dialogue international sur la migration. La Commission a cessé ses fonctions le 31 décembre 2005.

le contexte ne s'y prête pas ? Toutes ces problématiques qui se posent aux niveaux des politiques, ont été aussi retrouvées au niveau individuel du migrant dans la recherche effectuée à Genève.

Les diasporas et les migrants comme acteurs du développement

Au centre de la thématique migration et développement se trouvent les migrants et les diasporas, qui apparaissent comme un vivier fondamental pour le développement du pays d'origine et d'accueil, lorsque les conditions de migration, d'accueil et d'échanges sont favorables.

En servant d'interface entre l'ici et le là bas, les migrants et les membres des diasporas peuvent contribuer en tant que partenaires du développement, à la formulation d'agendas adaptés aux besoins du pays d'origine. Plusieurs études (Johnson et Sedaca, 2004, Lowell et Gerova, 2004, Newland, 2004, De Haas, 2006, Ionesco 2006, Soreson-Nyberg, 2007) présentent les contributions des diasporas au développement - investissements, actions communautaires, réseaux scientifiques, transferts de connaissances, transferts de fonds, commerce, influence des modes de vies et attitudes, impacts sur les rôles entre hommes et femmes, etc.- et analysent les options politiques qui peuvent contribuer à maximiser ces contributions.

L'émergence d'associations de migrants et de diasporas n'est pas un phénomène nouveau, bien que leur reconnaissance en qualité de partenaires dans le développement soit plus récente. La mesure dans laquelle les migrants sont désireux (collectivement ou individuellement) de contribuer au développement doit être rapprochée de facteurs tels que les cadres institutionnels, les situations socio-économiques, les environnements politiques et les questions de perceptions, d'images, de confiance et d'identification sociale. Les organisations portées par les diasporas sont innombrables et de nature très diverse. Plusieurs organisations travaillent plus globalement sur la mobilisation des diasporas africaines, comme présenté dans l'encadré I.

Encadré I.

Exemples d'organisations africaines non-gouvernementales engagées dans le développement de l'Afrique

Africa Recruit est une initiative lancée en 2002 avec le soutien du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et du Commonwealth Business Council, avec pour objectif de mobiliser les ressources des diasporas africaines. Africa Recruit organise le Forum diaspora des professionnels de la santé et a lancé en mai 2007 l'initiative politique "migrations des professionnels de la santé" sous l'égide de Mary Robinson, visant à apporter de solutions pratiques aux défis posés par les migrations des travailleurs de la santé. <http://www.africarecruit.com/>

African Axis (AFAX) est une organisation spécialisée dans la mobilisation des ressources financières et intellectuelles des professionnels africains, afin de contribuer au débat public et à la mise en place des politiques de développement en Afrique et en Europe. Les principaux programmes sont « Africa Invest » (avec l'organisation d'un Forum des investissements des diasporas africaines) afin de soutenir les efforts entrepreneuriaux des diasporas africaines, la mise en place d'une base de données des professionnels et des projets des diasporas et un programme de transferts de savoir faire. [http:// www.africanaxis.org/](http://www.africanaxis.org/)

African Foundation for Development (AFFORD) a été créée en 1994 avec pour objectif d'influencer l'agenda du développement africain. Cette organisation a créé une base de données de professionnels africains au Royaume Uni et se concentre sur les questions entrepreneuriales. <http://www.afford-uk.org/>

Africagora a mis en place en France en 2004 le programme « Talents de la diversité », pour l'accompagnement des jeunes diplômés des minorités ou des classes populaires, permettant de nouer des partenariats avec des grandes entreprises engagées dans la diversité, telles que PSA, Peugeot, Citroën ou Adia. Africagora travaille avec les entrepreneurs, cadres et dirigeants des diasporas africaines pour qu'ils rejoignent – en tant que parrains et conseillers - le programme d'accompagnement des diplômés. <http://www.africagora.org/>

L'option diaspora consiste à mettre en place des programmes ou politiques qui facilitent les liens et les échanges de connaissances entre les diasporas et leurs pays d'origine. De plus en plus de pays mettent en œuvre ce type de programmes. En 2005, 49 pays avaient répondu au questionnaire envoyé par l'OIM à ce sujet en présentant leurs différentes mesures ou programmes « pro diasporas ». Ceci incluent des structures gouvernementales chargée d'appuyer les liens avec les expatriés (Inde), des programmes d'envergure nationale (Colombie, El Salvador), l'organisation de journées de la diasporas (Ethiopie), des structures d'étude de la diaspora (Observatoire des Marocains à l'étranger) la mise en place de structures visant les diasporas dans les agences d'investissements (Ghana), des bases de données de professionnels de la diaspora (Afrique du Sud, Nigeria, Mexique, Pakistan), etc. (IOM, IDM n°8, 2006).

Certaines organisations internationales encouragent les transferts de compétences grâce à l'appui de gouvernements de pays d'accueil et à la collaboration avec les pays d'origine. Par exemple, l'OIM à travers son programme MIDA (Migration pour le Développement en Afrique) dans la région des Grands Lacs, au Sénégal ou au Ghana, les programmes de Retour des professionnels Qualifiés pour l'Afghanistan, l'Ouganda ou la Jamaïque, et le PNUD avec le projet TOKTEN en Turquie ou Cambodge visent à mobiliser les compétences nationales résidant à l'étranger.

Outre les politiques pro-diasporas, et dans une optique d'atténuation des effets négatifs potentiels des migrations des compétences, certains pays mettent en place des stratégies de rétention et des programmes de migration temporaire ou circulaire. Les accords bilatéraux portant sur la main d'œuvre peuvent guider des flux de main d'œuvre vers des régions où il existe une demande. D'autres mesures concrètes facilitent la « circulation des compétences » comme par exemple obtenir des prix négociés de lignes aériennes (Sri Lanka), offrir des systèmes de prêts pour les voyages (Equateur-Espagne dans le cadre de leur accord bilatéral sur la main d'œuvre), ne pas taxer les revenus transférés (Pakistan) ou éviter une double taxation des migrants (Accord de la Communauté Andine)². Plusieurs dialogues internationaux entre états permettent de trouver des réponses, tel le processus de Colombo qui répond aux demandes de pays d'Asie exportateurs de main d'œuvre.

Certains migrants partent avec un projet de retour à la clé mais pour certaines diasporas, installées définitivement dans le pays d'accueil, l'option de retour ne se pose même pas, alors que ces personnes souhaitent tout de même faire une contribution au développement de leur pays d'origine. Pour que les migrations de compétences ne soient pas une fuite des cerveaux, il importe de créer des conditions favorables de retour et de transfert des compétences, pour ceux qui souhaitent contribuer ainsi à leur pays d'origine, ce qui implique un réel engagement des pays d'origine et l'élaboration de mécanismes internationaux pour un partage de savoirs.³

■ 2.2 Migrations du personnel de la santé : contexte international

La migration des agents de santé : une réalité

Dans le cadre de la thématique migration et développement, un secteur particulier se détache : les migrations des étudiants et agents de santé. L'envergure des mouvements tout comme l'amplitude des impacts sur les systèmes de santé des pays d'origine est à souligner. De plus, il s'agit d'un domaine complexe du point de vue des politiques à mettre en place dans les pays d'accueil qui recrutent activement, ainsi que dans les pays d'origine qui n'arrivent pas à retenir leurs professionnels, ou qui, au contraire, mettent en place des politiques encourageant la mobilité. Qui plus est, la liberté de choix des migrants désirant chercher d'autres opportunités de vie reste au cœur des démarches et doit être respectée.

² Source: Nonnemacher S. "Country of origin commitments to facilitate labour migration and prevent irregular migration", 2006 IOM, Genève

³ OIM et Gouvernement du Royaume du Belgique avec le soutien de la Commission Européenne et de la Banque mondiale (2006) Conférence sur la Migration et Développement, Bruxelles 15 /16 mars 2006 http://www.migrationdevelopment.org/fileadmin/data/conference/conclusions/Conclusions_FINAL_FR_01.pdf

Les politiques accordent une importance toujours croissante à la question des migrations du personnel de la santé en mettant l'accent sur le bilan contrasté de ces migrations, à la fois positif et négatif pour les pays d'origine, comme pour les migrants.

A l'échelle mondiale, l'OMS estime que les agents de santé représentent environ 59,8 millions de personnes. Environ les deux tiers d'entre eux (39,5 millions) assurent des services de santé, le dernier tiers (19,8 millions) étant constitué de personnels administratifs et d'appui. Ces agents de santé sont très inégalement distribués à travers le monde, avec de nombreux déséquilibres entre les pays développés en les pays en développement et en particulier en ce qui concerne l'Afrique subsaharienne. Celle-ci, bien qu'elle représente 11 pour cent de la population mondiale et supporte 24 pour cent de la charge de morbidité mondiale, ne compte que 3 pour cent des agents de santé de la planète et moins de 1% des dépenses mondiales de la santé. (OMS, 2007, site web).

Alors qu'en moyenne un médecin sur quatre et une infirmière sur vingt formés en Afrique travaillent dans des pays de l'OCDE, on comprend l'enjeu que représentent les migrations des personnels de la santé. Dans le cadre du projet de recherche menée par l'OMS et l'OCDE la part des travailleurs nés à l'étranger a été estimée en 2000 à 11% pour les infirmières et environ 18% pour les médecins employés dans les zones OCDE (OCDE, 2007). Un pourcentage qui correspond à celui des immigrés hautement qualifiés dans l'ensemble de la force de travail. Certains pays ont été davantage frappés que d'autres. C'est ainsi que 29% des médecins ghanéens travaillent à l'étranger, tout comme 34% des infirmières du Zimbabwe (idem OMS). Les statistiques des migrations des agents de santé sont basées sur les enquêtes de main d'œuvre, les registres professionnels et les recensements des professionnels de la santé. La difficulté est d'arriver à évaluer l'ampleur des flux migratoires de personnel de la santé à partir des données des pays de départ, surtout des pays en développement. Or, ces pays ne disposent pas le plus souvent de politique de gestion des flux migratoires (IOM, 2004).

La littérature sur la migration ou sur l'économie internationale a souvent traité de la question des migrations du personnel de la santé dans le cadre général de la théorie de la « pulsion » et de l'« attraction » (*pull et push factors*). Ce cadre d'analyse, en permettant de distinguer les facteurs qui poussent les personnes à quitter leur pays d'origine et ceux qui attirent les personnes vers d'autres pays, fournit un éclairage utile sur un ensemble de conditions qui interviennent dans la décision migratoire. Dans cette perspective, les études portant sur la migration du personnel africain ont mis à jour des facteurs récurrents, qui sont à l'origine de ce qui est appelé populairement « la fuite des cerveaux », ou encore « l'exode des compétences optimales, circulation des cerveaux, l'exportation des cerveaux et globalisation des cerveaux » (Lowel & Findlay, 2002).

Les facteurs à l'origine des migrations du personnel qualifié africain sont essentiellement de nature économique et politique. Dans les pays développés, les principaux facteurs d'attraction sont constitués par les opportunités professionnelles et les conditions de travail favorables, en plus des politiques de recrutement des étrangers hautement qualifiés que pratiquent certains pays (Canada, Royaume-Uni,

Etats-Unis, etc.). Selon l'OMS (2004) cette émigration des professionnels qualifiés de santé continuera, à cause particulièrement de l'estimation projetée de pénuries de ressources humaines pour la santé dans les pays de l'OCDE.

Globalement, deux principaux facteurs sont à noter, d'une part des facteurs conjoncturels (conditions de travail défavorable, absence d'opportunité de carrière professionnelle, etc.) et de l'autre part des facteurs structurels (politiques d'immigration attractives pour les mieux instruits, demande croissante de main d'œuvre en personnel de santé, conditions de travail favorables), liés respectivement au pays de départ et d'arrivée qui sont à l'origine de la migration des africains qualifiés. Il existe également une autre forme de migration du personnel qualifié de la santé, constituée par les étudiants qui suivent leur formation dans les pays de développés, et qui y restent à la fin de leurs études.

Les migrations du personnel de la santé sont caractérisées par une grande polarisation des flux orientés vers l'axe sud nord, mais débordent de plus en plus ce support. On note aussi d'importants flux migratoires de personnel de la santé, notamment les volontaires des pays développés, vers les pays en développement. Le développement de nouveaux flux migratoires en provenance de la Chine et de l'Espagne montrent l'ampleur des migrations du personnel de la santé. On note aussi de nouveaux bassins de cadres qualifiés (Lowell, B.L. and Findlay, A.M., 2001). Les systèmes de santé des pays du Nord sont confrontés à une pénurie chronique des personnels de la santé et sont souvent tributaires du recrutement international des personnels de la santé dans un contexte de baisse de la production domestique, de vieillissement de la population, d'innovation technologique, de la croissance de la demande et de transformation des structures familiales.

En Angleterre par exemple, entre 1998 et 1999 et entre 2001 et 2002, le nombre d'infirmiers étrangers a triplé. En 2003, 27 000 permis de travail étaient attribués à des étrangers, soit une hausse de 93% par rapport à 2000. Outre les Philippines qui représentent le plus grand nombre, le personnel infirmier provient des pays de l'Afrique subsaharienne (Afrique du Sud, Nigéria, Zimbabwe), d'Australie, d'Inde et des Caraïbes (Buchan J., Jobanputra R., et Gough P., 2004). Les médecins étrangers représentent plus de 34% du corps médical en Nouvelle Zélande, 30,4 % en Angleterre et 26,4 % aux Etats-Unis (Forcier M.B., Simoens S., et Giuffida A., 2004).

Selon les prévisions, le recrutement international des personnes qualifiées va s'accroître au cours des dix et vingt prochaines années (Dixon, A., and Mossialos E., 2002, Buchan, J., 2002). Une interaction complexe de facteurs économiques, politiques et sociaux explique l'intensification des migrations internationales du personnel de la santé. La pauvreté, la crise économique et l'instabilité politique sont des causes parmi tant d'autres de l'accroissement de la migration internationale du personnel de la santé vers les pays demandeurs de compétences (Danso K., 1995 ; Bundred P.E., et Levitt C., 2000 ; Pang T., et al., 2002). Des pays comme le Cuba, l'Inde, l'Egypte et les Philippines développent une politique volontariste de la migration internationale des personnels de la santé comme sources de transferts de revenu et des capacités, alors que chez la plupart des pays africains, des Caraïbes et de l'Asie, cette migration des professionnels de la santé ne constitue pas une

préoccupation dans les politiques nationales de santé (Joint Learning Initiative (JLI), 2004).

Gains et pertes entraînés par les migrations des agents de santé

Les migrations des travailleurs de la santé entraînent à la fois des gains et des pertes pour les pays de départ et pour les pays de destination (Lowell B.L., et Findlay A.M., 2001).

En première ligne des gains invoqués demeurent les transferts de fonds et de compétences acquises par les migrants. Selon les estimations de la Banque Mondiale (2006) en 2005 les envois de fonds aux pays en développement par les travailleurs migrants, dépassaient les 160 milliards de dollars annuels alors qu'ils représentaient 80 milliards de dollars US en 2002 et 33 milliards en 1992. Alors même que les envois monétaires contribuent à améliorer les conditions de vie des populations restées au pays d'origine et jouent un rôle important dans le PIB de nombreux pays (Forcier M.B., Simoens S., et Giuffida A., 2004) de nombreuses questions sont soulevées quant à savoir si ces gains sont pérennes et contribuent à des stratégies de développement de long terme. Les transferts de compétences sont aussi un élément clé de développement, tout en présentant des limites dues aux phénomènes de déqualification ou de non transférabilité.

Le Plan de développement à moyen terme des Philippines (2001-2004) encourage les migrations du personnel infirmier du fait de l'importance des transferts de revenus. Cependant, les Philippines risquent d'être confrontées à un déficit dans ce secteur et se préoccupent de plus en plus de la formation en nombre suffisant de formateurs d'infirmiers (Aiken L.H., Buchan J., Sochalski J., Nichols B., Powell M., 2004).

En termes de pertes, les migrations du personnel de la santé contribuent à l'aggravation de la crise des systèmes de santé des pays économiquement pauvres. La présence de professionnels de la santé de qualité est un facteur fondamental de reproduction, de promotion et de gestion du secteur de la santé. Le départ de médecins peut avoir des effets négatifs sur la qualité des soins destinés aux populations (Bloom G., et Standing H., 2001, Bundred P.E., and Levitt Ch., 2000, Ndlovu R.J., et al., 2001, OMS, 1997) et peut entraîner une fragilisation du système de santé des pays du Sud dont la plupart sont déliquescents. De plus, les médecins représentent un segment important de la classe moyenne et jouent un rôle de stabilisateur au niveau social, politique et économique; leur départ peut aggraver la paupérisation dans les pays du Sud. (Hagopian, A. et al., 2005). Le départ de professionnels de la santé peut par ailleurs limiter la capacité des systèmes de santé à faire face à la recrudescence de maladies. La majorité de la population pauvre a habituellement recours aux soins de santé dispensés par le secteur de la santé publique qui est le secteur le plus affecté par la migration du personnel de la santé (Awases M., Gbary A., Nyoni.J., et Chatora R., 2002). Par conséquent, le départ des professionnels de la santé affectera comparativement davantage les classes pauvres de la population, pourtant plus vulnérables aux risques de maladie.

Pour le Cameroun, pays inclus dans l'étude qualitative effectuée à Genève, le ratio « médecin par habitant » en 1990 et en 1997 était passé de 1 sur 11 407 habitants à 1 sur 14 730 habitants (Ministère de la Santé Publique du Cameroun, Stratégie sectorielle de santé, 2001). Le diagnostic des autorités sanitaires révèle une crise du système de gestion des ressources humaines : faible productivité, absence d'une politique rationnelle d'allocation du personnel, pénurie tant qualitative que quantitative du personnel de la santé due au faible recrutement dans le secteur de la santé au cours des dix dernières années, aux départs volontaires ou non volontaires, à l'émigration, à la retraite et au décès (Awases M., idem).

Les migrations internationales de personnel de la santé peuvent enfin entraîner une déqualification professionnelle ou une sous-utilisation des compétences. L'accès au marché du travail des migrants est caractérisé par de multiples contraintes. La déqualification professionnelle touche environ 45% des médecins étrangers en Angleterre. Certains médecins ont dû changer de spécialisation et de programme de formation ou se retrouvent au chômage. Cependant une étude menée en Angleterre montre que la proportion de médecins étrangers en chômage en Angleterre semble être moins élevée en comparaison avec le taux de chômage des médecins locaux (Kangasniemi M., et al 2004.). Cependant ces chiffres n'indiquent pas si ces médecins sont effectivement employés dans le secteur de la santé ou dans tout autre secteur.

Options politiques

Face au constat des effets négatifs des migrations des agents de la santé et dans une optique de maximisation des bénéfices, plusieurs options politiques sont testées et des pratiques efficaces sont identifiées (Encadré II). Avec d'un côté une pénurie de plus de quatre millions de personnels⁴ de santé à travers le monde, et de l'autre côté une situation préoccupante dans le secteur de la santé due à la différence entre le taux d'émigration et la faible densité de médecins, seule une collaboration soutenue entre les pays d'origine et de destination peut permettre d'apporter des solutions.

Encadré II

Pratiques efficaces concernant "l'exode des compétences" et le "gain de compétences", y compris les migrations des professionnels de la santé

- Facilitation du retour – virtuel ou réel, temporaire ou définitif – des migrants qualifiés ayant librement choisi le retour, afin de transférer des connaissances, des compétences et des techniques.
- Mise au point de formules d'incitation au retour, en ce compris des opportunités d'emploi et des programmes ciblés de réintégration, par la coopération entre les pays d'origine et de destination.
- Examen de la possibilité de proposer des programmes de formation temporaire à l'étranger pour faciliter l'acquisition des compétences nécessaires dans le pays d'origine.

⁴ Estimation de l'OCDE-OMS, 2007

- Promotion de la coopération internationale en matière de pratiques éthiques de recrutement afin d'atténuer l'exode des cerveaux.
- Reconnaissance du fait que la migration des professionnels de la santé peut avoir pour effet d'épuiser les structures sanitaires déjà sollicitées à l'excès dans les pays en développement et de la nécessité d'une coopération et d'une planification internationales efficaces aux fins de limiter ses effets négatifs et de créer des ressources adéquates en matière de soins de santé pour répondre aux besoins sanitaires actuels et futurs.

Source: Initiative de Berne, Suisse, 2004

Recommandations du Rapport « Personnel de la santé et migrations »

Le séminaire de l'OIM sur Migration et Santé organisé conjointement avec l'OMS s'est penché sur les mesures pour gérer les migrations du personnel de la santé pour qu'elles soient facteur de développement et pour lutter contre ces effets négatifs sur les pays d'origine, notamment sur les systèmes de santé. Les recommandations du séminaire portent sur les points ci-dessous :

- Formation du nouveau personnel de la santé pour les besoins spécifiquement locaux en considérant que les cadres hautement qualifiés ont une plus grande propension à émigrer que les cadres avec des qualifications qui intéressent plus le marché du travail local.
- Formation pour les besoins du marché international du travail en considérant que certains pays ont des ressources humaines non utilisées qui pourraient combler le déficit des ressources humaines des pays de destination et de tous les candidats à l'émigration (qui ont la propension d'émigrer) n'émigrent pas.
- Recrutement à l'étranger en considérant la flexibilité des travailleurs étrangers en termes de salaires et de conditions de travail par rapport aux travailleurs locaux et qu'ils peuvent combler le déficit en ressources humaines alors que l'augmentation de l'effectif local prend du temps.
- Développement des programmes d'échanges à travers des accords bilatéraux: contrats avec les employeurs pour le recrutement international sur la base de contrats de travail à durée déterminée, formation pour les besoins du marché international (aller au-delà des besoins spécifiques locaux), reconnaissance mutuelle des diplômes, qualifications, «licensing criteria », etc.
- Renforcer la diaspora en encourageant les programmes d'échanges avec la diaspora pour le retour périodique des cadres qualifiés pour travailler ou former le personnel local durant une courte période.
- Aller au-delà des salaires. L'augmentation des salaires est une condition nécessaire mais pas suffisante. Il s'agit d'améliorer les conditions de vie et la motivation des travailleurs de la santé et de redynamiser le secteur de la santé.

Source: Dialogue International pour les Migrations, OIM et OMS (2006)

Certains pays ont signé des accords bilatéraux visant à fixer des quotas de recrutement pour lutter contre les effets négatifs de l'émigration du personnel de santé. Par exemple, l'Angleterre a signé un accord avec l'Espagne en 2002 pour le recrutement initial de 5000 infirmiers espagnols par le National Health Service (Buchan J., et Dovlo D., 2004). Des accords sont envisagés avec l'Inde et la Chine. En 2003, l'Angleterre et l'Afrique du Sud se sont mis d'accord pour un programme d'échanges de professionnels de santé pour favoriser une migration temporaire dans l'un ou l'autre pays pour une durée de 6 mois (Mulholland H., 2003). Une autre option est le renforcement de la coopération régionale entre les institutions académiques (reconnaissance des diplômes, partenariat dans la formation pour les pays qui ne peuvent pas supporter leurs programmes éducatifs).

La communauté internationale, consciente de l'enjeu lié aux migrations du personnel de santé a œuvré ces dernières années à la mise en place de critères éthiques de recrutement visant à protéger les systèmes de santé des pays en développement. Les travailleurs de la santé peuvent être encouragés à retourner temporairement ou périodiquement vers leur pays d'origine. La mobilisation des migrants et de la diaspora autour de réseaux scientifiques peut contribuer au transfert de connaissances et de technologies en rapport avec les préoccupations concrètes de développement des pays d'origine. Le programme multilatéral mis en place par la Communauté des Caraïbes (CARICOM) vise par exemple, à encourager la migration temporaire des professionnels de santé sous une forme tournante entre tous les pays signataires (environ 3 ans) (Stilwell B., et coll., 2004). Les institutions internationales contribuent également à organiser ce transfert de compétences dans une optique de maximisation des gains pour les migrants, les pays d'origine et de destination (voir encadré III).

Encadré III

Quelques initiatives internationales

Banque mondiale

Groupe de recherche Migration Internationale et Développement

Le programme de recherche de la Banque Mondiale sur les migrations internationales et le développement vise à contribuer à une meilleure connaissance des dynamiques et des enjeux des migrations internationales et du développement et à la formulation de politiques de migrations comme vecteurs de développement. Ce programme couvre les aspects suivants : déterminants et impacts de la migration et des transferts de fonds, fuite des cerveaux, mouvement temporaire de personnes, liens entre commerce, investissements directs à l'étranger et migration, protection sociale, capital social, gouvernance. Ces thématiques peuvent aider à une meilleure connaissance des enjeux des migrations internationales. Plusieurs bases de données sont disponibles sur l'origine des migrants et la fuite des cerveaux avec plus particulièrement une base de données portant sur les années 1991-2004.

Sources : *International Migration and Development Research Group* et « Base de données de la Banque Mondiale » (2007)

Commonwealth secretariat***Migration of Health Workers from Commonwealth Countries Experiences and recommendations for Action***

Le Commonwealth Secrétariat a produit en 2001 le rapport intitulé « Migrations des agents de santé du Commonwealth, expériences des pays et recommandations pour l'action » en 2001. Le code de conduite adopté pour réguler le recrutement des professionnels de la santé étrangers à l'issue de la réunion des ministres du Commonwealth à Genève en 2002 montre un souci de lutter contre les conséquences négatives de la mobilité internationale des travailleurs de la santé sur les systèmes de santé des pays de départ.

Source : Secrétariat du Commonwealth (2007)

Conseil de l'Europe Migration et santé

La 8ème conférence des ministres de la Santé a été organisée à Bratislava en Slovaquie les 22 et 23 novembre 2007. Les représentants des 47 Etats membres du Conseil de l'Europe ont discuté des réponses à apporter aux défis que représentent les migrations et les autres formes de mobilité pour les systèmes de santé. La conférence s'est conclue par l'adoption de la Déclaration de Bratislava sur les migrations, la santé et les droits de l'homme.

Source: Conseil de l'Europe : <http://www.8ministryconference.com/?pageid=26>

International Council of Nurses (ICN)

L'ICN informe sur les besoins du personnel infirmier, propose des formations, développe des actions pour lutter contre la pénurie d'infirmiers, veille à l'application des normes internationales de travail ; propose des actions contre le recrutement des infirmiers comme un « *strike-breaking* » mécanisme, encourage l'élaboration de systèmes migratoires plus transparents et ouverts, soutient une approche transculturelle de la pratique du métier d'infirmier et travaille sur les facilités pour le transfert de bénéficiaires tels que les pensions. Par ailleurs, l'ICN soutient les droits fondamentaux au travail, lutte contre les pratiques illégales et encourage les associations nationales des infirmiers à veiller à une meilleure gestion des ressources humaines de la part des autorités compétentes et à s'impliquer dans l'élaboration de politiques nationales appropriées. Le ICN assiste les infirmiers dans la résolution des problèmes de la migration internationale et au retour.

Source: International Council of Nursing, ICN, (2007)

OIM**Programme migrations et santé****Exemple : Programme MIDA Ghana Santé**

L'OIM en partenariat avec les pays destination (Italie) et d'origine (le Ghana) a développé un programme de retour temporaire, pour des professionnels de la santé

ghanéens résidant en Italie. Le « MIDA Ghana Health Project » a pour objectifs de mobiliser les ressources de la diaspora ghanéenne et d'autres pays africains de l'Union Européenne pour un transfert de connaissances et de compétences à travers des séjours temporaires et de favoriser la formation de courte durée des travailleurs de la santé ghanéens en Hollande dans l'optique du développement du secteur de la santé du Ghana. Il s'agit de lutter contre les effets négatifs liés au départ massif de personnels de santé originaires de Ghana par le développement des ressources humaines. L'OIM apporte un soutien financier et une assistance technique (procédures d'application pour le visa et permis de travail, voyages, assurances, orientation et conseil durant le séjour).

Source: OIM, MIDA Ghana (2006)

<http://www.iom-nederland.nl/programmas/index.asp?treeId=87&langId=2>

L'Office International du Travail (OIT)

Le programme d'action sur les migrations internationales (2006-2007) des travailleurs du secteur de la santé dans la perspective de l'offre

Le programme d'action sur les migrations internationales (2006-2007) des travailleurs du secteur de la santé dans la perspective de l'offre fait suite aux recommandations du 292^e Conseil d'administration de l'OIT en mars 2005. L'objectif de ce projet en collaboration avec l'OMS et l'OIM est l'élaboration et la dissémination de bonnes pratiques pour une meilleure gestion de l'offre en matière de travailleurs de la santé des pays de départ. Ce projet vise à comprendre les effets des migrations des travailleurs de la santé sur les pays de départ (Costa Rica, Kenya, Roumanie, Sénégal, Sri Lanka and Trinidad and Tobago), les activités et les politiques en matière de migration dans ces pays, les bonnes pratiques et les enseignements retenus (recrutement basé sur des codes éthiques, directives, monitoring, etc.).

Source : OIT (2007)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé

L'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé, une initiative de l'OMS, vise à lutter contre la pénurie mondiale des travailleurs de la santé qui affecte les systèmes de santé, particulièrement ceux de l'Afrique et de l'Asie. Selon les estimations de l'OMS, l'approfondissement de la crise des systèmes de santé avec ces corollaires (sida, mortalité maternelle et infantile, etc.) ne peut être stoppé qu'au travers de politiques ardues dont celle du recrutement de plus de 4 millions de personnels de santé pour pallier à la crise et au déficit des ressources dans le secteur de la santé. Aux disparités rurales / urbaines, à la persistance des pandémies, s'ajoutent le problème de la migration des travailleurs de la santé, un phénomène dont l'accroissement résulte d'une interaction de plusieurs facteurs qui relèvent des conditions politiques, économiques et sociales défavorables des pays d'origine et du vieillissement de la population et de la force active des pays développés. Parmi les objectifs de cette alliance, figurent la mise sur pied d'action concertée et urgente pour lutter contre

la crise mondiale des ressources humaines dans le secteur de la santé et des conséquences négatives des migrations des personnels de la santé.

Source: OMS (2007), Global Healthforce Alliance
<http://www.who.int/workforcealliance/documents/en/>

L'Accord Général sur le Commerce et les Services de l'OMC

Le Mode 4 sur les AGGS est un outil qui peut aider les gouvernements à formuler des politiques pour une meilleure gestion des migrations temporaires de la main d'œuvre, y compris dans le domaine de la santé. Le mode 4 du GATS implique l'offre de services par un prestataire de services d'un pays à travers la présence temporaire de « personne naturelle » dans le territoire d'un autre pays. Il convient de souligner cependant que les politiques gouvernementales en matière de migration ne sont pas conditionnées par le mode 4. Il existe de nombreuses barrières à l'emploi du fait des critères relatifs du « licensing ». Les AGCS tiennent compte de la question de la mobilité internationale de travail de courte durée du personnel qualifié. Les politiques migratoires devraient intégrer les AGCS.

Source: Nielson, J. (2002) Service Providers on the Move:
http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/Trade_2004_04051004/seminar%20docs/background.pdf

Initiative de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economiques (OCDE) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « Migration des travailleurs de la santé »

Le projet de l'OCDE sur les migrations des travailleurs de la santé vise à analyser le volume et l'ampleur des flux migratoires dans le secteur de la santé dans les pays de l'OCDE, à élaborer un compendium statistique sur les travailleurs de santé par origine et par profession, à analyser l'interaction entre les politiques de santé et les politiques de migration, à proposer des recommandations et des politiques pour une cohérence entre les politiques de santé et les politiques de migration, au profit des pays de départ et des pays de destination. Une comparaison internationale entre les pays de l'OCDE des études de cas nationales permettrait d'avoir un aperçu sur les conséquences des migrations des travailleurs de la santé pour les pays de destination et les pays de départ et pour les migrants eux-mêmes et sur les implications entre l'offre en matière de ressources humaines et la demande des pays riches. Une conférence clôture ce projet en 2008.

Source: OCDE: Health Workforce and Migration (2007)
http://www.oecd.org/document/47/0,2340,en_2649_37415_36506543_1_1_1_37415,00.html

Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Le projet TOKTEN du PNUD vise à mobiliser l'expertise nationale à l'étranger autour de préoccupations concrètes de développement sous une forme d'assistance technique. Il s'agit de mettre à profit l'expertise et les compétences de renommée internationale de haut niveau de la diaspora pour répondre aux besoins nationaux et de favoriser entre diasporas et communautés scientifiques locales et les institutions nationales de recherche et de développement. Le PNUD apporte une contribution au niveau financier et de la logistique.

Source : PNUD, (2006)

Regional Nursing Body (RNB) , Caribbean Community Secretariat

Le Regional Nursing Body (RNB), Caribbean Community Secretariat a établi un programme pour gérer les migrations de manière à offrir des soins de qualité aux habitants des Caraïbes, à lutter contre les effets négatifs de cette migration, d'améliorer la rétention du personnel de santé et les conditions de recrutement (valorisation du statut des infirmiers, salaire conséquent, conditions de travail favorable, possibilités de formation) et organisé des manifestations et conférences dans ce cadre.

Source : The Regional Nursing Body, Health Section within the Caribbean Community Secretariat (CARICOM), 2006

L'assistance financière internationale est nécessaire pour la survie des systèmes de santé et le développement des ressources humaines (formation, augmentation des salaires, éducation, facilités, assistance technique, etc.) dans certains pays du Sud. Dans plusieurs pays, l'éducation et la formation ne représentent que 1% du budget national dont une part importante est absorbée par les dépenses de personnel. Le volet ressources humaines ne représente que 4% de la coopération au développement en santé (Joint Learning Initiative, 2004).

En ce qui concerne les pays d'origine, l'amélioration des conditions de travail et de rémunération, l'accroissement des ressources et la valorisation du statut professionnel permettraient de renforcer la motivation des travailleurs qualifiés à rester dans leur pays d'origine. Cela passe aussi par l'allègement des contraintes fiscales, une bonne gouvernance des systèmes de santé, un soutien aux travailleurs de la santé, une valorisation de leur statut et un plan de développement de leurs carrières, c'est-à-dire la mise en place de «conditions nécessaires à la fois politiques, sociales et économiques qui serviraient de palliatifs pour lutter contre la fuite des cerveaux » (Joint Learning Initiative, 2004).

Les mesures prises par les pays de destination visant à lutter contre les effets négatifs des migrations des professionnels de la santé sont contrastées. Elles visent soit les migrants déjà installés dans le pays de destination, soit les migrants potentiels dans le pays d'origine: mesures visant à limiter la mobilité; mesures de taxation; recrutement de professionnels étrangers; programmes de retour; compensation financière, formation à la relève locale, mesures d'accompagnement (facilités pour

la scolarisation des enfants, etc.), promotion de la recherche (Martineau T., Decker K., Bundred P., 2004).

Selon le centre de recherche sur les migrations de l'Université de Sussex⁵, au moins cinq éléments doivent d'être pris en compte dans l'élaboration des politiques concernant les migrations internationales de personnel de santé : les migrations représentent une manifestation et non une cause de l'effondrement des systèmes de santé; la plupart des travailleurs de la santé seraient réticents à exercer dans les zones rurales où la demande est plus forte, s'ils étaient restés au pays d'origine ; les politiques de recrutement basées sur des codes éthiques peuvent avoir des effets discriminatoires et injustes ; la formation doit être adaptée aux besoins réels du pays; il faudrait créer des centres régionaux d'excellence avec le soutien de la communauté internationale pour la rétention et l'attraction des travailleurs de la santé.

■ 2.3 Aperçu du contexte migratoire suisse

Contexte migratoire suisse

De ces origines, jusqu'aux années 60, la politique migratoire suisse a été une politique des contrats de travail (*Gastarbeiter*), basée sur la rotation de la main d'œuvre étrangère, accordant une importance limitée à l'intégration des immigrés dans la sphère économique, sociale et politique. Ce type de politique a été modifiée en raison notamment des dynamiques propres à la migration, qui ont conduit à « son dépassement par l'installation et l'intégration progressive de fait des migrants » (De Rham G., 2002). Selon cet auteur, la politique d'immigration suisse s'est définie comme objectif la stabilisation dans les années 1970 et l'intégration, à partir des années 80. Cette « politique de stabilisation » reposait sur des quotas d'admission annuelle, appelée également « plafonnement global ».

Les changements intervenus dans cette politique répondaient à la fois aux nouvelles exigences du marché suisse mais aussi à une nouvelle donne mondiale. La mondialisation des échanges de personnes, de biens et de capitaux a eu pour effet l'accélération de la mobilité et la diversification des zones de destination. La multiplication des réseaux économiques, médiatiques et culturels a également créé de nouveaux imaginaires migratoires auprès de diverses catégories de populations. La persistance de ces mouvements migratoires vers des pays développés s'est accompagnée du paradoxe de la fermeture des frontières, de la libéralisation des échanges et du développement des réseaux transnationaux.

La politique d'immigration suisse est organisée par une loi cadre dite Loi sur l'établissement et le séjour des étrangers (LSEE) qui date de 1931. Cette loi attribue au pouvoir exécutif suisse, c'est-à-dire au Conseil fédéral, la compétence de légiférer sur ordonnance. Toute la politique d'admission des étrangers reste donc régie par cette loi, qui laisse en revanche aux autorités cantonales/fédérales l'appréciation

⁵ Voir Briefing n° 6 March 2006 Skilled migration: Healthcare policy options http://www.migrationdr.org/publications/briefing_papers/BP6.pdf

du nombre d'autorisations de séjour à accorder, « en tenant compte des intérêts moraux et économiques du pays ainsi que du degré de la surpopulation étrangère » (art.16).

La loi fédérale sur les étrangers adoptée en décembre 2005 par l'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, c'est-à-dire les deux chambres que sont le Conseil national et le Conseil des Etats, acceptée par le peuple suisse en septembre 2006, et rentrant en vigueur début 2008, est destinée en effet exclusivement aux ressortissants extra-européens, elle remplace la LSEE de 1931. Cette nouvelle loi règle « l'entrée et la sortie de Suisse⁶ » (art.1) et « seuls les cadres, les spécialistes ou autres travailleurs qualifiés peuvent obtenir une autorisation de courte durée ou de séjour » (art.23).

La politique de recrutement de main d'œuvre par quota est pratiquée et, repose sur des critères économiques et géographiques des migrants. Elle est aussi fonction de la conjoncture économique du pays. Les zones traditionnelles de recrutement de personnels peu ou pas qualifiés, notamment dans certaines branches du pays comme la construction, l'hôtellerie, la restauration, furent essentiellement les Etats du Sud de l'Union européenne. L'élargissement de l'Union et la libre circulation des citoyens de l'Union Européenne en Suisse a de facto agrandi le bassin de recrutement de la main d'œuvre, au détriment des extra-européens, régis par une nouvelle politique migratoire.

Le modèle des trois cercles⁷ s'inscrit en continuité avec la politique de recrutement qui a toujours été orientée spécifiquement vers certains pays.

Les migrations africaines en Suisse

En dépit de l'importance de la littérature sur la question migratoire en Suisse, notamment la question de la « politique des étrangers⁸ », la population africaine reste quasi absente de cette littérature. L'explication reste liée au fait que, historiquement les migrants originaires d'Afrique suivaient la destination des métropoles coloniales, et structurellement la Suisse leur était difficilement accessible du fait de sa politique migratoire.

Toutefois, depuis les années 90, la population africaine a commencé à prendre de l'importance, même si d'un point de vue absolu cette population estimée à 3,3% de la population étrangère en 2000, reste peu nombreuse. Cette inédite et relative importance de la population africaine dans les trois dernières décennies, liée sans doute au contexte mondial d'une mobilité accrue et aux situations d'instabilité politique et de difficultés économiques dans la plupart des pays africains, a été à

⁶ Loi fédérale sur les étrangers (LEtr). Source : <http://www.parlement.ch/f/do-auslaendergesetz> dernière consultation le 4 mai 2006.

⁷ Le modèle suisse des 3 cercles est formé d'un premier cercle composé des Suisses. L'admission de ressortissants de l'Union européenne et de l'AELE représentent le «cercle intérieur ». Un «cercle médian » composé des Etats Unis, du Canada et des pays de l'Europe de l'Est s'ensuit en raison de leur «culture proche de celle de la Suisse ». Le troisième cercle (« cercle extérieur ») est composé de « tous les autres Etats ».

⁸ Ainsi se désigne officiellement en Suisse la politique d'admission d'immigrants économiques.

l'origine de plusieurs études sur les Africains en Suisse. Ces études ont la plupart du temps porté sur une catégorie de la population africaine qui a le plus polarisé l'opinion publique : les requérants d'asile. L'étude de Loutan L., et Subila L., (1995) a concerné 572 requérants d'asile dont la majorité des enquêtés 44% sont des requérants d'asile originaires de l'Afrique. Les travaux récents sur les trajectoires d'asile africaines (Efonayi D., et al., 2005) s'inscrivent en effet dans la question générale de l'Africain réfugié. On peut donc observer que la question des africains en Suisse, sort difficilement de la problématique de l'asile.

Pour les étrangers ressortissants d'Afrique, le remplacement de LSEE, par la Loi fédérale sur les étrangers ne s'accompagne guère d'un changement au niveau de leur statut juridique ou de l'accès au travail. En fait, il existe une réelle continuité entre l'ancienne Loi sur les étrangers et la nouvelle. Cette continuité se traduit par une gestion différenciée des étrangers. La nouvelle Loi institutionnalise en effet d'une part la différence entre les étrangers ressortissants de l'Union Européenne et de l'Association européenne de libre-échange (AELE), dont le séjour est régi par les accords bilatéraux, et d'autre part, ceux originaires des pays tiers essentiellement composés d'extra-européens.

Cette étude intervient dans un contexte suisse doté d'un nouvel outil législatif limitant l'accès au marché du travail aux ressortissants en provenance des zones de non recrutement comme l'Afrique. Parallèlement à cela, on observe de la part des autorités helvétiques une volonté politique de coopération avec les pays d'émigration dans une perspective de migration et de développement.

Par ailleurs, l'aide au retour constitue aujourd'hui un instrument indispensable de la politique d'asile et dans une plus large mesure, migratoire de la Suisse. Le concept a été initié au début des années '90 et n'a cessé d'évoluer. Des personnes qualifiées ou non qualifiées, dans le domaine de l'asile ou ayant passé par une procédure d'asile, bénéficient d'une aide au retour individualisée financée par l'ODM dans la cadre d'un politique globale de retour et de réintégration⁹.

■ 2.4 L'agenda suisse en matière de « migration et développement »

Changement de paradigme

Au niveau de la coopération multilatérale, la Suisse a pris des initiatives concrètes dans le cadre du dialogue politique en matière de migration. Ainsi l'Office Fédéral des Réfugiés, aujourd'hui devenu l'Office Fédéral des Migrations (ODM) a lancé en 2001 l'*Initiative de Berne*, qui constitue un processus consultatif appartenant aux gouvernements et visant à une meilleure gestion et planification des migrations aux niveaux régional et mondial grâce à une collaboration entre les Etats. L'OIM a servi de secrétariat à cette initiative qui a conclu en 2004, avec l'adoption du document final de cette initiative, l'*Agenda international pour la gestion des migrations* (AIGM), qui définit un système de référence pour une gestion équilibrée des migrations et laisse apparaître aussi des principes directeurs du débat migration et développement.

⁹ Pour plus de détails <http://www.ch.iom.int> ou <http://www.bfm.admin.ch>

Suite à plusieurs groupes de travail et discussions internes, l'article 100 de la nouvelle loi sur les étrangers (Letr) est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Il précise que « le Conseil Fédéral encourage les partenariats bilatéraux et multilatéraux avec d'autres Etats dans le domaine migratoire et à lutter contre la migration illégale et ses conséquences négatives ». Grâce à cette nouvelle approche de partenariats de migration, la migration et les questions du retour peuvent maintenant être abordées en prenant en compte les intérêts des pays de départ et de transit. L'ODM a la responsabilité légale de la mise en œuvre des partenariats migratoires. Cependant, la coordination et la gestion des partenariats migratoire se fait dans le cadre du GIM (Groupe de travail interdépartemental pour les problèmes de migration, qui se réunit sous l'égide de l'ODM ainsi que le département fédéral des affaires étrangères, division politique IV).

La dynamique et l'évolution dans la mise en œuvre concrète de ces partenariats migratoire sera intéressante à observer. Concrètement, le partenariat migratoire mis en œuvre dans les Balkans occidentaux par l'ILR¹⁰ (Groupe directeur interdépartemental aide au retour) est une contribution au développement de partenariats plus concrets entre la Suisse et les pays des Balkans occidentaux dans le cadre du GIM. Dans le cadre de son mandat, la DDC traite des migrations du point de vue de la politique du développement. Elle s'occupe avant tout de la question de savoir dans quelle mesure ses projets et ses programmes apportent des réponses aux défis globaux auxquels sont confrontés les États d'origine, de transit et de destinations des flux migratoires. Ce faisant, elle tient toujours compte du fait que les hommes et les femmes vivent différemment le phénomène migratoire, et que les migrations ont des effets différenciés sur les genres.

La DDC envisage d'intégrer le thème des migrations dans ses stratégies et programmes de lutte contre la pauvreté et d'apporter ainsi une contribution de la Suisse à l'atteinte des objectifs de développement du millénaire (Objectifs de Développement du Millénaire).

Selon le Rapport intermédiaire 2005 du Conseil fédéral suisse relatif aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, avec un total annuel de 8,1 milliards US \$, la Suisse était en 2005 le cinquième parmi les pays de provenance des fonds transférés par des travailleurs migrants vers des pays en développement. Ces transferts méritent en effet d'être pris en compte dans un cadre plus global de financement du développement, nonobstant que la plupart de ces envois sont des transferts privés servant à satisfaire les besoins de subsistance des familles des migrants. De ce point de vue, la Suisse vise à créer des synergies entre les transferts de revenus des migrants et les projets de développement afin de maximiser le potentiel de développement des migrants. Mais la question reste de savoir, comment des envois monétaires individuels et privés et qui souvent ne prennent pas des circuits formels de transfert, peuvent être redirigés vers des objectifs de développement.

¹⁰ Actif depuis 1995, ce groupe conçoit et dirige les programmes d'aide au retour. Sous la codirection de l'Office fédéral des migrations (ODM) et de la Direction pour le développement et la coopération (DDC), il est composé des représentants de la DDC/DFAE, de l'ODM/DFJP, du DP IV/DFAE et de l'OIM.

La DDC a, par ailleurs, été mandatée par l'ILR pour développer un concept définissant les possibilités et les limites d'un partenariat effectif avec les groupes de diaspora au sein des activités de l'ILR. Le thème de la diaspora est nouveau pour l'ILR et au niveau suisse les questions liées à la diaspora et son rôle dans le discours migratoire n'ont été que peu analysées, raison pour laquelle le « Groupe de Travail Diaspora » (DDC, ODM, OIM) a été mis sur pied. Le « Groupe de Travail Diaspora » a opté pour une concentration géographique se focalisant sur l'Afrique subsaharienne. La mise en place de ce groupe de travail a eu lieu pendant le développement de cette étude, c'est donc un élément très significatif qui montre une réelle dynamique de l'agenda migration et développement suisse.

Encadré IV

Le concept de « Partenariats Migratoires »

Le partenariat migratoire aussi appelé co-développement repose sur trois principaux piliers : la gestion des flux migratoires afin de promouvoir la migration légale (accords bilatéraux, accords de réadmission, coopération contre la traite et le trafic des personnes) ; le développement basé sur l'implication des diasporas (créer un environnement favorable, identifier les obstacles, faciliter les transferts d'argent et compétences, etc.) et le ciblage de l'assistance, du commerce et de l'investissement dans des régions à forte pression migratoire pour favoriser le développement. Le partenariat migratoire établit le contact entre le pays d'origine et celui d'accueil au travers de différents organismes qui favorisent le dialogue politique international et régional. Comme l'Union Africaine (UA) et la Communauté des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO).

La notion de partenariat migratoire est directement liée à la question de **l'aide au retour**. L'idée de favoriser les retours volontaires par une aide financière et logistique a été lancée pendant les guerres des Balkans. Depuis lors, la Suisse a mis à disposition quelque 300 millions de francs pour la seule aide au retour dans les Balkans, permettant le retour de 50 000 réfugiés et contribué à leur réintégration. La Suisse met en œuvre une dizaine de programmes d'aide au retour dans différents Etats et régions (<http://www.bfm.admin.ch/bfm/de/home.html>). Pour le moment les partenariats migratoires, qui définissent des coopérations avec les pays tiers uniquement, visent les Balkans Occidentaux, alors que d'autres formes de coopération priment pour l'Afrique subsaharienne.

Source : Enquête sur les partenariats migratoires, présentation du concept dans les contextes international et Suisse, Organisation Internationale pour les Migrations, 2007 avec le soutien de l'Office Fédéral pour les migrations (ODM).

Début 2008, la prévention de la migration irrégulière a été incorporée dans la nouvelle loi sur l'asile. La Section Aide au retour de l'ODM est depuis lors responsable de la mise en œuvre de projets dans ce domaine. L'ILR a instauré en janvier 2008 un nouveau « *Project team* pour la prévention de la migration irrégulière » (PT PiM), lequel est dirigé par la Section Aide au retour. Dans le *Project team* sont représentés la Section Accords internationaux de l'ODM, la DDC, la division politique PA IV

du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) ainsi que l'OIM Berne. Dans ce cadre, des projets dans des pays prioritaires visant à la prévention de la migration irrégulière seront planifiés et mis en œuvre.

■ 2.5 Les migrants dans le secteur de la santé suisse

Une perspective prépondérante : santé des migrants

La politique sanitaire suisse à l'endroit des migrants a changé dans les années 90 avec la prise en compte des questions d'intégration et la naissance de la charte d'Ottawa sous l'impulsion de l'OMS, posant le principe de la spécificité culturelle dans les politiques publiques de santé.

En 2002, l'OFSP a produit une première stratégie sur quatre ans ayant pour objectif d'intégrer la question de la santé des migrants dans les politiques nationales. L'étude mandatée par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), réalisée par Cattacin S., Chimenti M., et al. (2001), s'est penchée sur la manière dont le champ « migration et santé » a été problématisé en Suisse. Cette étude fait également partie du constat que la santé des migrants est moins bonne que celle des autochtones. Selon ces auteurs, il existe en effet un lien entre la politique migratoire et celle de l'intégration et l'élaboration d'une politique sanitaire spécifique. Cette étude a été poursuivie entre 2002 et 2006 (Maggi J., et Cattacin S.) et complétée en 2007 par une analyse de la santé des populations migrantes en Suisse (Gabadinho A., Wanner Ph., et Dahinden J., 2007). Une autre étude suisse réalisée à Genève et à Zürich confirme aussi la spirale de précarité et de limitation d'accès aux soins pour une certaine population migrante et en particulier les sans papiers (Achermann C., Chimenti M., 2006).

Timide percée des migrants comme sujets actifs du secteur de la santé

On peut donc noter un net intérêt assez récent en Suisse pour la question du rôle des migrants en tant que partenaires des politiques d'intégration et de promotion de la santé. La DDC a reconnu le besoin d'améliorer la performance et la gestion des ressources humaines pour la santé dans les pays en développement. Le FSM a été mandaté par la Commission fédérale des étrangers (CFE), l'ODM et l'OFSP pour mener une étude sur l'importance des réseaux de migration dans les politiques de santé publique et d'intégration. Cette étude (2006-2008) porte aussi bien sur les réseaux formalisés, que sur ceux informels, qui relient les migrantes et les migrants entre eux, en particulier les organisations de migrants, les associations culturelles ou sportives, certaines personnes clés (expertes et experts d'origine migrante) ou certaines institutions clés telles que les organisations non-gouvernementales ou syndicales (Université de Neuchâtel, UNINE, site Internet 2007). Dans la même perspective, le SFM a réalisé en 2006, dans le cadre de la stratégie de l'OFSP, une recherche impliquant sept établissements hospitaliers suisses. Cette étude publiée en 2007, a mis en valeur l'utilisation des ressources informelles du personnel migrant, telles les capacités linguistiques et recommande une meilleure sensibilisation, identification et utilisation de ces ressources.

Si la première stratégie de l'OFSP (2002) ne portait pas sur le personnel de la santé migrant, employé dans ce secteur, on assiste à une nouvelle prise de conscience. La Phase 2 de la Stratégie OFSP intègre le thème « migration et santé » dans la formation des professionnels et a pour objectif principal l'élimination des désavantages de santé. De plus, cette nouvelle « Stratégie 2008-2013 » (OFSP, 2007) s'intéresse à l'accès au travail des migrants et mentionne la santé comme étant l'un des secteurs dans lesquels les migrants sont les plus représentés et attire l'attention sur la « compétence transculturelle » des professionnels migrants.

Cet intérêt pour les migrants comme acteurs agissants fait suite à plusieurs autres études suisses, principalement réalisées par le SFM, telle l'étude sur l'impact des requérants d'asile sur le marché du travail Suisse (Piguet E., 2001) qui démontrait que seulement 1.4% (215) des requérants employés, l'étaient dans le secteur de la santé, ce qui représentait 0,6% de la main d'œuvre dans ce secteur.

D'autre part, on peut aussi noter au niveau de la Suisse, un bon nombre d'initiatives non gouvernementales de solidarité qui impliquent les migrants, leurs pays d'origine ou des pratiques de développement tels « La Fédération genevoise de coopération » (FGC), « Helvetas Association suisse pour la coopération internationale », Terre des Hommes suisse », « Caritas Genève », « Le Conseil international des infirmières (CII) Suisse », ou encore « Medicus Mundi Suisse ». Le secteur « Formation et Santé » de La Croix-Rouge genevoise offre une formation pour « Auxiliaires de Santé Croix-Rouge suisse », proposant un cours de 120 heures auxquelles s'ajoutent 120 heures de stage dans une institution de soins gériatriques. Il s'agit donc d'une formation non professionnelle. Enfin, un certain nombre d'initiatives sont développées par des migrants africains comme par exemple, l'Association et le Réseau de recherche Afro-Européenne (AEMRN) créée en 2006 à Berne et œuvrant au travers des diasporas africaines dans des projets dans le secteur de la santé en Afrique (Cameroun, Canada, Etats Unis, Ghana, Kenya, Liberia, Pays Bas, Sierra Leone, Suède et RDC).

Politique de recrutement des personnels étrangers

La question de la migration internationale des personnels de la santé se pose avec une acuité accrue en Suisse, puisque selon le recensement de 2000, un quart du personnel de la santé est d'origine étrangère. Les contraintes liées au recrutement du personnel de santé étranger dans le marché du travail suisse concernent surtout les « zones périphériques de la Suisse romande » contrairement à la Suisse alémanique et au Tessin dont les « bassins principaux » de recrutement sont respectivement l'Allemagne et l'Italie. Ces contraintes ont entraîné une série de mesures pour favoriser la présence de personnels de la santé étrangers.¹¹

En effet, les directives LSEE concernant l'admission de médecins et médecins assistants pratiquant la médecine classique en milieu hospitalier ou clinique, mises

¹¹ Office Fédéral des Migrations (ODM) Directives LSEE (Loi Fédérale sur le Séjour et l'Etablissement des Etrangers) concernant l'admission de médecins et médecins assistants pratiquant la médecine classique en milieu hospitalier ou clinique (15-02-2005). http://www.auslaender.ch/rechtsgrundlagen/rechtsquellen/weitere/aerzte/15_02_05_f.asp

en application depuis janvier 2004, permettent d'alléger les contraintes en matière de recrutement de médecins et assistants en milieu hospitalier ou clinique étrangers dans certains cantons de la Suisse. Les médecins disposant d'une « formation spécialisée » complète en radiologie, anesthésie ou psychiatrie sont admis dans le marché du travail suisse, conformément à ces directives. La dérogation autorise le recrutement en Suisse, ainsi que dans les pays de l'Union européenne ou de l'AELE (les principaux bassins de recrutement des hôpitaux et cliniques en Suisse) de médecins en cas de pénurie constatée par les institutions médicales. Dans ce cas, l'employeur doit motiver sa demande avec un justificatif faisant ressortir la situation de l'établissement et l'utilité d'une dérogation au principe de la priorité dans le recrutement et toutes autres pièces justificatives prouvant que l'employeur n'a pas pu malgré tous ses efforts trouver un travailleur suisse ou dans les Etats membres de l'Union Européenne ou de l'AELE, y compris l'avis de Fédération des médecins suisses (FMH). L'approbation des demandes par les autorités cantonales du marché du travail se fera après un examen approfondi et initialement conformément à l'article 20 OLE relative à la libre circulation des personnes (voir l'ordonnance limitant le nombre d'étrangers en Suisse, ODM, 2005).

En Suisse, le statut juridique d'un travailleur migrant est directement lié au travail. Contrairement à la plupart d'autres pays, la Suisse ne connaît pas de permis de travail distinct. L'autorisation de séjour du migrant régleme son activité lucrative. Il existe ainsi en Suisse une pluralité de statuts juridiques différents qui sont fonction des motifs de présence. Toutefois nous pouvons globalement distinguer deux types de permis : les permis « causaux » et le permis d'établissement (C). Les permis causaux signifient que si le motif pour lequel le permis a été obtenu disparaît, le permis aussi disparaît. Ainsi un étudiant en formation perdra son titre de séjour dès lors qu'il n'étudie plus. Il en est de même pour un migrant possédant un permis (B) pour regroupement familial, il le perdra en cas de divorce ou à la majorité. Quant au permis d'établissement (C), il est indépendant du motif initial de présence en Suisse et son détenteur n'est pas soumis à des restrictions liées à l'emploi. Ces deux types de permis restent régis par le droit ordinaire suisse, c'est-à-dire la Loi sur le séjour et l'établissement des étrangers.

Ainsi, quel que soit en effet les domaines de compétences de ces migrants africains, l'employeur qui souhaite recruter un Africain diplômé suisse, doit prouver que ce poste à pourvoir a fait l'objet d'un appel d'offre sans suite auprès des Suisses et des ressortissants des pays de l'UE et de l'AELE auxquels s'applique l'Accord sur la libre circulation des personnes.

■ Chapitre III. Déterminants des migrations

Cette partie rend compte des divers facteurs explicatifs de la venue des migrants originaires de l'Afrique subsaharienne, travaillant ou étudiant dans le secteur de la santé dans le canton de Genève. Il s'agit à la fois de décrire ces facteurs et de montrer ce qui fait leur particularité, dans un contexte migratoire suisse où, l'Afrique ne constitue pas une zone de recrutement actif de main d'œuvre.

Le cadre d'analyse de la théorie des facteurs de « pulsion » et « d'attraction » (*push and pull factors*) permet de distinguer les facteurs qui poussent les personnes à quitter leur pays d'origine et ceux qui les attirent vers d'autres pays. Il convient par ailleurs de spécifier les raisons objectives et subjectives qui peuvent être à l'origine des migrations des personnes, des opportunités institutionnelles, c'est-à-dire des politiques d'admission des Etats qui rendent possible les mouvements migratoires. Il existe des Etats qui mènent des politiques de recrutement des personnes qualifiées sans tenir compte de l'origine géographique de ces personnes. A contrario, d'autres Etats, en dépit de leur politique migratoire restrictive et le manque d'opportunités institutionnelles de recrutement des migrants, continuent à attirer ces derniers. Certains migrants sont venus pour des raisons liées strictement au travail, d'autres pour des motifs de formation, et d'autres pour des raisons liées aux procédures de regroupement familial ou encore à des raisons en rapport avec la situation politique de leur pays d'origine. La majorité des personnes interrogées dans le cadre de la recherche sont arrivés en Suisse par le biais des études ou de regroupement familial.

Les facteurs de type sont résumés ainsi :

- Politique
- Professionnel
- Etude / Formation
- Regroupement familial / mariage

■ 3.1 Facteur politique

Les raisons politiques qui justifient la présence de professionnels africains de la santé, sont essentiellement liées à l'asile politique : « *C'est pour des raisons de harcèlement politique. Donc c'est une migration involontaire puisque je suis passé par le stade de réfugié politique en Suisse.* »

Cette « migration involontaire », ils sont trois (3) personnes parmi 49 (quarante neuf) personnes interrogées en entretien individuel à l'avoir connue dont deux médecins qui ont eu à exercer leur métier dans leur pays d'origine et une migrante qui a quitté son pays le Congo, avec son mari qui était « *un militaire, un déserteur qui a fait la guerre* ». Le médecin camerounais a évoqué le harcèlement politique qui l'a empêché d'enseigner à la faculté de médecine de son pays, alors que le médecin

Congolais a dû quitter son pays à cause de ses activités politiques : « *On a essayé d'organiser un parti politique. Le parti politique était bâti au Congo. Moi j'essayais d'organiser clandestinement le parti à l'intérieur du pays à l'époque où il y avait un parti unique du fait de la dictature* » .

Etude de cas 1.

Migrants venus pour des raisons politiques

Le portrait croisé de deux médecins venus pour des raisons politiques met en évidence des motivations de départ similaires mais un parcours migratoire et des modalités d'insertion professionnelle différentes. L'analyse des motivations de départ ces deux médecins ayant participé aux entretiens individuels, indique une logique semblable à ce que Kunz cité par Bolzman (1996) appelle « *reactive fate groups* », c'est-à-dire des personnes qui partent en exil par réaction contre la fatalité, mais sans avoir un projet clair sur la situation d'exil.

Ces deux médecins partagent des caractéristiques communes à mettre en rapport avec le contexte socio-historique africain de l'époque. Appartenant tous deux à la même génération, ils ont reçu leur formation en Europe, et sont tous les deux retournés servir leur pays d'origine. En effet, dans les années 1950-70, il y avait pour les intellectuels africains formés en Europe la certitude d'un destin professionnel en Afrique (Ndiaye, J-P, 1962). Au courant donc de ces années 50-70, le retour à l'Afrique après la formation constituait la norme. Il faut attendre les années 80-90, pour constater la rupture au sein de la classe intellectuelle africaine, ce qui se traduit par l'émergence de la réalité sociologique constituée par la fuite des cerveaux. Si donc le contexte socio-historique de l'époque était marqué par un retour des Africains formés à l'étranger où l'insertion professionnelle était garantie, le contexte politique était aussi marqué par des régimes autoritaires souvent en conflit avec les intellectuels du pays. Cette situation politique caractérisée par l'absence démocratique explique le départ de ces deux médecins exilés de leur pays d'origine. Les modalités de déplacement répondent toutes à la même logique de mouvements « précipités » avec une première installation ou transit dans le pays le plus proche. Toutefois les péripéties de l'exil diffèrent.

« *Politiques, tout à fait politiques. J'ai quitté ma ville natale en 1962 lors de la première guerre d'indépendance. On s'est réfugié au Soudan puis en Egypte au Caire. J'ai fait des démarches pour obtenir une bourse dans un pays européen vu que je ne voulais pas étudier en arabe. La Hongrie m'a offert une bourse pour aller étudier à Budapest en 1965. Là bas, j'ai étudié la médecine dentaire. (...). Je suis rentré au Congo en 1973 où j'ai été fonctionnaire et médecin dentiste jusqu'en 1981. Quand j'étais au Congo, j'avais maintenu mes relations avec les exilés en Europe.... On essayait d'organiser un parti politique. Le parti politique était bâti au Congo. Moi j'essayais d'organiser clandestinement le parti à l'intérieur du pays à l'époque où il y avait un parti unique du fait de la dictature.... Une fois qu'on a arrêté une des membres de notre parti, j'étais en danger. J'ai dû fuir pour aller à Brazzaville pour aller au Bureau du Haut Commissariat des Réfugiés. C'est en ce moment que François Lumumba m'a amené le billet d'avion pour Brazzaville à Paris* » (Médecin dentiste, originaire RDC, permis C).

Pour des motifs relativement similaires, cet autre professionnel de la santé originaire du Cameroun présente ainsi sa trajectoire migratoire : « *Mes raisons sont politiques. Pour des raisons de harcèlement politique. Donc, c'est une migration involontaire puisque je suis passé par le stade de réfugié en Suisse. La Suisse qui a fait une enquête minutieuse sur mon sujet au Cameroun. Oui, c'est ça. (...)Le parcours part de Thiong en voiture pour traverser la frontière du Nigeria jusqu'à Lagos puis du Nigeria par avion en Suisse. J'ai travaillé 3 ans au Cameroun avant d'être obligé de quitter le pays pour des raisons politiques pour ne pas être assassiné. J'ai fait toutes mes études en France. J'ai passé 13 ans en France. Ce qu'il faut remarquer, je suis rentré de la France pour être enseignant à la Faculté de médecine. Je n'ai pas pu enseigner pour des raisons politiques que j'ai évoquées* » (Chirurgien, originaire du Cameroun, Suisse).

Ces deux migrants présentent un profil professionnel relativement similaire. Ils sont tous deux titulaires d'un doctorat obtenu en Suisse, en biologie moléculaire pour le premier et en biologie cellulaire pour le second. On note également qu'ils n'ont pas connu la question difficile et complexe de la reconnaissance des diplômes, contrairement aux autres personnes interrogées. En outre, ces deux professionnels de la santé ont la caractéristique commune d'avoir changé de statut d'étudiant à celui de travailleur, mais pour des raisons différentes. Si le premier a une double nationalité suisse et sénégalaise, rendue possible par le mariage, le second est titulaire d'un permis B travailleur acquis grâce à son employeur. « *Au moment où je voulais changer de statut, c'était pas du tout simple surtout avec le permis B étudiant, j'ai du renoncer à ma bourse. C'est finalement mon employeur qui a tout réglé.* ». Le médecin camerounais décrit les possibilités professionnelles « *le marché de la génétique a besoin de nous. Il y a 15 médecins de ma spécialité en Suisse, si j'ai envie de rester travailler ici, je travaille !* ».

■ 3.2 Facteur professionnel

Le facteur professionnel renvoie ici aux migrants qui sont venus en Suisse avec l'intention manifeste d'exercer une activité lucrative et d'y mener une carrière professionnelle. Ils ont donc été acceptés sur la base de leur projet professionnel. Cette catégorie représente un faible nombre : quatre (4) parmi les vingt six (26) professionnels interviewés.

De plus, on remarque que trois de ces quatre personnes viennent d'un tiers pays européen et non directement d'un pays Africain, et que la quatrième personne est arrivée à Genève par recrutement dans une institution internationale. Dans l'échantillon on constate donc que Genève semble s'ouvrir aux Africains qualifiés qui ont fait leur formation ou expérience professionnelle dans le domaine de la santé dans des tiers pays développées. Dans le cadre de cette étude ces personnes viennent toutes d'Europe, et plus précisément d'Allemagne (1), de France (1) et de Pologne (1).

Le fait que l'Afrique ne constitue pas une zone de recrutement direct de la main d'œuvre pour la Suisse est interprété de deux manières différentes par les participants à cette recherche : comme une restriction aux opportunités de migration qualifiée mais aussi comme une barrière à la fuite des cerveaux, la Suisse ne pouvant pas

dans les compétences africaines. Ce deuxième point de vue est aussi ressorti lors du focus group institutionnel, exprimé par un responsable d'association suisse: *« Je peux détester mon pays quand il promeut des traitements différenciés. Cependant, éthiquement les barrières à l'entrée ne me posent pas de problème. La situation en Afrique est terrible et je crois que les barrières à l'entrée ne sont pas mauvaises en soi. Le poids des conséquences de la fuite de personnel qualifié est lourd sur nos épaules et on ne peut pas soutenir cette fuite des cerveaux de l'Afrique. »*

Il est très significatif de noter que le nombre réduit des professionnels africains de la santé qui seraient venus à Genève pour des motifs strictement professionnels, contraste avec la réalité sociologique des Africains travailleurs dans ce secteur de la santé Genève. D'autres facteurs qui sont à l'origine de l'arrivée de ces Africains en Suisse, expliquent cette réalité.

■ 3.3 Facteur Etude / Formation

La question des études ou de la formation, constitue un des facteurs importants de la présence des Africains qualifiés en Suisse. Ainsi sur les quarante neuf (49) personnes interrogées, 50% sont venus à Genève pour des motifs de formation. Cette mobilité pour étude ou formation peut aussi préfigurer une migration des compétences. Pour l'OCDE, la mobilité étudiante constitue un flot potentiel de travailleurs qualifiés, soit pendant leurs études, soit sous forme de recrutement ultérieur (OCDE, 2001). Toutefois dans le cadre de la Suisse, cette hypothèse de transformation de migration pour études en migration de travail ne s'applique pas aux étudiants africains en formation. Les cas de changement de statut étudiant en statut travailleur restent exceptionnels, avec un seul cas de médecin spécialiste. Suite à son doctorat en médecine, il a été envoyé en Suisse par le gouvernement de son pays par le biais de la convention de coopération entre facultés de médecine, pour poursuivre son doctorat. Il a bénéficié d'abord d'une bourse d'une fondation privée, puis de la bourse de la Commission Fédérale pour Etudiants Etrangers.

Cela voudrait-il signifier que les étudiants africains en formation en santé retournent au pays après leurs études? Selon un médecin interrogé en formation post-graduée en sciences fondamentales: *« 99% des médecins camerounais venus se former ici sont rentrés au Cameroun. Il y a un ou deux qui sont restés. »*. Ce point de vue a également été souligné lors des discussions en focus groupe par un professeur de médecine retraité : *« Genève est pleine de médecins formés, qui ont étudié à Genève et qui normalement retournent dans leur pays, très peu restent ici. Et cela fonctionne comme ça grâce à l'existence des Conventions. Les étudiants ont des contacts, les étudiants suisses font des stages au Cameroun, et ils sont bien sélectionnés. Cette collaboration fonctionne parce que les deux facultés de médecine (Cameroun et Genève) se connaissent depuis 20 ans »*.

De ce point de vue, on peut en effet supposer que la variable structurelle constituée par la convention de coopération entre les deux facultés de médecine de Yaoundé et de Genève, explique en partie le retour de ces étudiants camerounais.

■ 3.4 Facteur regroupement familial et mariage

L'étude a montré que la venue de migrants par procédure de réunification familiale, concernait des étudiants mais surtout des personnes en activité professionnelle. On note ainsi, que la migration pour regroupement familial représente environ 31% des personnes interrogées, et 57% des migrants professionnels. Plus précisément, seulement quatre (4) étudiants sur les vingt trois (23) interrogés sont arrivés à Genève par le mode de regroupement familial.

En revanche, les femmes sont surreprésentées parmi les personnes en activité, qui sont arrivées par procédure de réunification familiale ou pour des raisons liées au mariage. Sur les dix neuf (19) femmes professionnelles interviewées, treize (13) et toutes nationalités confondues, sont arrivées en Suisse par ces deux moyens. On note par ailleurs que la quasi totalité de ces femmes professionnelles ont la double nationalité, là où le pays d'origine l'autorise, ou le permis d'établissement.

Un dernier facteur pourrait être défini, le facteur « économique ». La grande majorité des personnes interrogées jugent la situation économique et le système de santé de leur pays catastrophiques. Cela signifie des opportunités de carrière et de formation réduites et une rémunération du travail dans le domaine de la santé trop faible. Cependant, ce facteur est plus difficile à isoler car il se combine aux autres facteurs et il est rarement le facteur principal par rapport aux autres mentionnés précédemment.

En résumé, il ressort de l'enquête que les raisons liées au regroupement familial et à la formation, constituent les principaux déterminants des migrations de l'Afrique subsaharienne pour les étudiants et professionnels actifs dans le secteur de la santé à Genève. Les personnes venues en Suisse pour des motifs proprement professionnels de travail, sont tous des migrants « secondaires », en provenance d'autres pays européens. On remarque également que pour les femmes, le regroupement familial et le mariage constituent les rares voies d'accès en Suisse. L'analyse des déterminants migratoires de ces professionnels et étudiants africains, fait apparaître un faible flux migratoire de personnel africain de la santé doté d'un projet migratoire défini, et l'existence malgré tout d'un nombre considérable de ce personnel à Genève. De ce constat, ce qui semble dès lors intéressant, c'est d'essayer de comprendre quelles sont les trajectoires migratoires de ces personnes pour ensuite regarder comment ce potentiel de ressources constitué par ces migrants est mobilisé.

■ Chapitre IV. Trajectoires migratoires d’Afrique subsaharienne à Genève

Cette partie dresse le tableau des conditions de séjour des migrants et analyse les liens entre le statut juridique, la formation et l’accès à l’emploi des migrants. L’accès des migrants aux réseaux sociaux dans les communautés d’origine, avec les autres communautés d’origine étrangère ou avec la population locale est un élément de plus, qui influence l’intégration et l’attitude envers les pays d’origine.

Les trajectoires migratoires, permettent d’aller au-delà des motivations de la migration, pour rendre compte de deux processus distincts. D’une part, le processus proprement migratoire qui est en rapport avec les motivations migratoires qui ont rendu possible l’entrée du migrant en Suisse, et d’autre part le processus d’insertion professionnelle du migrant sur le marché genevois. Dès lors que le motif officiel d’entrée en Suisse pour la grande majorité des personnes interrogées n’est pas lié au travail, la distinction de ces deux parcours est utile d’un point de vue analytique.

Parmi les personnes interrogées certaines en sont à leur deuxième expérience migratoire, bien que la plupart des interrogés restent des primo-migrants. Il existe également une faible catégorie de personnes, qui a peu été confrontée à l’expérience migratoire, car a fait toute sa scolarité et socialisation en Suisse. Cette diversité de cas se reflète dans la diversité de professions exercées et offre un mosaïque de profils.

■ 4.1 Statut juridique et accès à l’emploi

Deux observations majeures ressortent du panorama des professionnels et des étudiants africains de la santé à Genève. La première est liée à l’importance du statut de double nationalité des professionnels de la santé. Parmi les 25 répondants professionnels des trois nationalités (Cameroun, République Démocratique du Congo et Sénégal), 50% ont le passeport suisse et celui de leur pays d’origine.

Tableau 3: Répartition des professionnels de la santé camerounais, congolais et sénégalais selon leur permis de séjour.

	Total professionnel	Passeport suisse	Permis C	Permis B	Permis G	Ne se prononce pas
Cameroun	10	5	2	2		1
RDC	10	4	3	1	1	1
Sénégal	5	2	2			1

Encadré V

Catégories de séjour

Il existe en effet différentes catégories de séjour qui constituent autant de statuts juridiques différents et des formes différentes de restrictions attachées ces statuts. Pour les titres de séjours cités dans cete recherche:

- **Permis C** : autorisation d'établissement d'une durée illimitée, en règle générale accordée après un séjour ininterrompu de dix ans. Il faut également préciser parmi les détenteurs du permis C certains ont choisi de ne pas prendre le passeport suisse pour des raisons de « convenance personnelle ».
- **Permis G** : est accordé aux personnes qui exercent une activité lucrative à l'intérieur d'une zone frontalière en conservant leur domicile dans le pays voisin.
- **Permis B** : autorisation de séjour accordée pour un an. Son renouvellement est fonction de l'appréciation par l'autorité cantonale du plan d'étude de l'étudiant et d'autres critères. Le permis B hors contingent s'applique dans cette étude au cas d'un étudiant qui vit une relation conjugale avec une Suisseuse. Le permis B travailleur, est ici une transformation exceptionnelle du permis B étudiant.
- **Le permis L** : autorisation de courte durée dont la durée maximum est de dix-huit mois. Ce permis recouvre plusieurs autorisations, il peut concerner un stagiaire, il peut aussi être octroyé en cas de traitement médical. Dans le cas de cette étude il concerne un étudiant en formation.
- **Le permis Ci** concerne les personnes dont l'époux ou l'épouse travaille dans une organisation internationale. Si l'un des membres du couple travaille dans une institution internationale, l'autre membre peut prendre du travail sur le marché local, sa carte de légitimation redevient Ci et l'employé reste soumis aux conditions de travail du marché local.

La deuxième observation porte sur le statut des étudiants, où domine, contrairement aux professionnels, le permis de courte durée. Toutes nationalités confondues, seize (16) étudiants des vingt trois (23) interrogés ont le permis B étudiant renouvelable à l'année, un (1) permis B résident, trois (3) permis B hors contingent et un (1) permis L. Les deux autres étudiants ont le permis C. Il faut préciser que le permis B hors contingent signifie que l'étudiant entretient une relation conjugale avec une Suisseuse, ce statut donnant des possibilités plus importantes quant à l'accès à l'emploi et offrant le droit à un statut juridique stabilisé, c'est-à-dire à un permis d'établissement C ou un passeport suisse, pour autant cette union continue pendant cinq ans. Quant au permis L, il concerne ici des séjours de formation de moins d'une année, il peut s'appliquer également à des stagiaires.

En ce qui concerne les étudiants, selon les dispositifs juridiques qui organisent le séjour de ces seize (16) étudiants détenteurs du permis, ils doivent quitter le pays de résidence au terme de leur formation. On peut donc estimer que ces étudiants - dont la moyenne d'âge est de 28 ans - retourneront dans leur pays, à moins que d'autres circonstances ne se présentent à eux.

Contraintes et opportunités sont deux situations constitutives de la condition même de l'immigré. Pour les étudiants interrogés, les contraintes liées à leur

condition d'étudiants étrangers se situent à deux niveaux. Le niveau structurel, en rapport avec leur condition juridique d'existence dans le pays de résidence, et le niveau qu'on peut appeler conjuncture-structurel lié à leur pays d'origine. Les contraintes d'ordre structurel et légal auxquels ces étudiants en formation restent confrontés sont liées au cadre juridique qui organise leur séjour et délimite leurs possibilités. Ce cadre institutionnel fait partie de l'arsenal juridique qu'on peut appeler la politique de l'immigrant (*immigrant policy*), que tout Etat souverain peut appliquer aux non-nationaux. En Suisse, ce cadre institutionnel définit de manière générale, notamment par l'Ordonnance Limitant le nombre des Etrangers¹², les conditions d'entrée et de séjour des étudiants étrangers. Mais de manière précise, ces étudiants extra-européens, n'ont pas le droit de chercher un emploi à la fin de leur formation, contrairement par exemple aux étudiants de l'Union européenne ou des étudiants ressortissants de l'Association européenne de Libre-échange (AELE). Cette situation constitue l'obstacle principal à l'accès au marché du travail. Le deuxième niveau de contraintes se réfère aux problèmes dans le pays d'origine (contexte économique, social, politique, professionnel) qui limitent les options de retour après une formation à l'étranger et poussent les personnes à essayer de rester ou à s'orienter vers une nouvelle expatriation.

Pour les professionnels, le premier niveau de contraintes structurelles dans le pays de résidence s'applique moins, compte tenu de leurs statuts juridiques plus sécurisés, par contre, ils découvrent le second niveau de contraintes dans le cadre de leurs initiatives de développement dans leur pays d'origine.

L'un des enseignements que l'on peut tirer de cette palette de statuts divers, c'est la possibilité de mobilité facilitée par un statut juridique stable qui fait de ces personnes des transnationaux pouvant ainsi à tout moment et selon leur capacité se déplacer et investir chez eux. Cette question de mobilité est particulièrement importante, car certains migrants interrogés se sont plaints de ne pas pouvoir « *aller et revenir sans perdre leur statut* ». Il reste toutefois à savoir si l'activité professionnelle permet cette mobilité de compétences en direction du pays d'origine du migrant sans porter préjudice à son employeur dans le pays de résidence.

Etude de cas 2.

Conditions de séjour et impacts sur la vie privée et familiale

La mise en relation des réponses relatives aux difficultés de séjour et celles portant sur les stratégies de conciliation des études/formation et travail d'une part, et la conciliation entre exigences professionnelles et familiales d'autre part, a permis d'apprécier l'impact de ces situations sur la vie privée et familiale des personnes interrogées. Pour les étudiants interrogés, les restrictions qui leur sont faites de travailler au maximum vingt heures par semaine, permettent à certains de concilier travail et études.

¹² L'Ordonnance Limitant le nombre des Etrangers (OLE) qui date du 6 octobre 1986, fixe en son Art.32, les conditions d'entrée et de séjour des étudiants en Suisse. Cette ordonnance exclut tout changement de statut ou de reconversion de statut d'étudiant en statut travailleur.

Deux activités professionnelles de nature différente ont été mises en relief. D'une part, des étudiants doctorants rattachés à des laboratoires de recherche dont l'emploi est en lien direct avec leurs études, et d'autre part, des étudiants exerçant une activité lucrative sans rapport avec leurs études, uniquement pour des raisons économiques, ce qui est le cas de la majorité des étudiants interrogés.

« C'est très dur, c'est pas du tout évident. Je n'étudiais pas à 100% de mes moyens, pas au maximum de mes performances, il faut tout le temps se mettre à jour. Et cela a eu des influences sur mes mauvaises performances. En tant que responsable de famille, il faut bien que j'assume mes responsabilités, donc obligé de travailler, mais obligé aussi d'étudier ». Cet étudiant est un agent de sécurité, son activité professionnelle nocturne ne lui permet pas de suivre correctement sa formation, ce qui le contraint à des mises à jours permanentes. Cette situation de difficile combinaison des études et de la formation est typique des étudiants enquêtés sans bourse et sans support institutionnel. La réalité quotidienne pour de très nombreux étudiants est donc difficile et met parfois en cause le bon déroulement de leur scolarité.

Pour les professionnels par contre, leur intégration structurelle dans le pays de résidence leur donne l'aptitude de subvenir aux exigences familiales. Certains d'entre eux font recours aux garderies d'enfants, tandis que d'autres estiment n'avoir pas de difficultés à concilier responsabilités familiales et professionnelles.

■ 4.2 Qualifications et accès à l'emploi

La formation demeure en Suisse un point important dans la détermination du parcours socioprofessionnel, elle constitue également une importante source de développement des inégalités de revenus et de positions hiérarchiques (Levy et al., 1998). Ce constat revêt un aspect particulier surtout quand il s'agit de la formation des migrants africains en Suisse dont l'accès au marché du travail reste pour beaucoup limitée.

Le tableau 4 ci-dessous donne la répartition hommes-femmes africains professionnels de la santé toutes nationalités confondues, selon leur niveau de formation. Il renseigne également sur le nombre sensiblement égal de formation élevée entre professionnels hommes et femmes. Le niveau supérieur / professionnel renvoie ici aux diplômés universitaires. Ce niveau comprend les spécialistes de la santé (chirurgien, chef de clinique, généticien, etc.) et les diplômés des écoles de santé, notamment les infirmières. Les trois autres niveaux de formation débouchent sur les catégories professionnelles constituées d'aides-soignantes, aide-instrumentistes, etc.

Tableau 4: Niveau de formation des étudiants et professionnels de la santé selon le sexe

Niveau	Etudiants		Professionnels	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Scolarité non achevée	-	-	-	1
Primaire	-	-	-	4
Secondaire	-	-	-	5
Supérieur / professionnel	8	15	9	7

On note par ailleurs une présence importante des femmes dans le secteur de la biologie. Elles sont toutefois bien réparties dans les hautes écoles de formation en santé, dans le domaine de la pharmacie et de la médecine.

Etude de cas 3.

Parcours migratoire : une spécificité féminine ?

L'échantillon de cette étude montre que les activités moins qualifiées sont le plus souvent occupées par des femmes, et en particulier, les femmes venues pour des raisons de regroupement familial ou au mariage. Au contraire, les femmes interrogées venues pour des motifs non liés au regroupement familial ou au mariage (4 femmes parmi les 17 femmes professionnelles enquêtées), ont un niveau de formation et de responsabilités professionnelles élevées. Cela concerne à la fois des femmes qui ont fait leur formation en Europe et qui sont venues en Suisse avec un projet migratoire professionnel, des femmes qui ont fait toute leur scolarité en Suisse et enfin des femmes ayant un statut de fonctionnaire international. De même, les femmes sont aussi surreprésentées parmi les étudiants interrogés, quinze (15) sur 23 (vingt trois), les filières de biologie et pharmacologie ayant une bonne représentation féminine.

Les responsables d'associations et les employeurs ayant participé au « focus group institutionnel » ont attiré l'attention sur une large présence des femmes dans des activités professionnelles peu qualifiées, expliquant cette situation en partie, par les contraintes de reconnaissance des acquis mais aussi par une demande de main d'œuvre féminine dans des emplois liés aux soins aux personnes. Ces femmes seraient donc employées à des niveaux inférieurs par rapport à leurs qualifications initiales. Le manque de reconnaissance des diplômes met ces personnes dans l'obligation de reprendre une formation en Suisse, souvent à un niveau inférieur de qualification. De plus, parmi les femmes de notre échantillon, certaines n'ont pas reçu de formation dans leur pays d'origine et d'autres n'ont pas terminé leur scolarité. Toutes ces personnes se retrouvent le plus souvent dans des professions d'aide soignante, aide-instrumentiste (fille de salle), assistance en soins communautaires. Plus de 60% des femmes professionnelles enquêtées occupent ces fonctions, et certaines parmi elles sont des intérimaires.

Leurs difficultés semblent à première vue liées à un déficit de formation qui les assigne à des activités de précarité économique et non à leur titre de séjour, puisque la plupart sont bien établies. L'une des principales difficultés soulevées notamment par ces personnes migrantes peu qualifiées, est celle de poursuivre leur ambition initiale, ce qui les contraint à prendre des raccourcis professionnels: « ...J'avais un bac littéraire au Cameroun. Au début je voulais suivre une formation infirmière. Ils m'ont dit qu'il fallait faire des cours de soir de remise à niveau pendant 2 ans, ensuite 4 ans de formation, j'étais en instance de divorce. Je ne pouvais pas faire 6 ans de formation. Ainsi j'ai fait une formation aide-soignante. Ils m'ont demandé de faire une étude de texte pour voir si je comprenais le français ».

Une analyse plus détaillée de la situation des professionnelles femmes moins qualifiées, laisse cependant apparaître que certaines ont rencontré des difficultés initiales liées à leur condition de séjour, mais ces difficultés sont occultées ou se mêlent à d'autres éléments de leurs parcours : « Une fois en Suisse, j'étais enceinte, je me suis mariée à l'hôpital, disons que c'est à l'hôpital que j'ai signé ma promesse de mariage après il n'y a pas eu de problèmes ».

Il ne faut donc pas sous-estimer le problème de la reconnaissance de diplômes qui se retrouve parfois caché par d'autres éléments du parcours migratoire, ni les problèmes de statut qui s'entremêlent avec d'autres contraintes personnelles.

En tout cas, l'étude a mis en évidence en vrai problème lié au genre : les variables sexe, parcours migratoire et qualification combinées, font que de nombreuses femmes immigrées d'Afrique subsaharienne occupent des métiers peu qualifiés. Ces femmes, de par leurs parcours migratoires (regroupement familial et mariage) arrivent en Suisse sans avoir obtenu un diplôme dans leur pays d'origine ou avec une formation non reconnue en Suisse, et sont dans l'obligation de reprendre des études, souvent à un niveau moindre, pour cause de contraintes familiales et économiques. Au contraire, pour les personnes hautement qualifiées, venues pour des raisons d'études ou professionnelles souvent d'un tiers pays européen, il n'y a pas de différences hommes-femmes marquantes.

La structure par âge des étudiants interrogés laisse apparaître une population plutôt jeune. Le moins âgé (18 ans) est une étudiante en première année de médecine, alors que le plus âgé qui a 40 ans est déjà titulaire d'un diplôme de médecine vétérinaire obtenu en Roumanie et poursuit actuellement un master en microbiologie.

On observe une présence importante des étudiants sénégalais (7) et camerounais (7) parmi les 22 étudiants enquêtés. Cette relative importance des étudiants camerounais s'explique par l'existence de programmes de coopération entre les Universités de Genève et Yaoundé. La présence d'étudiants sénégalais ne peut être expliquée par cette même raison puisqu'il n'y a pas de convention ou de coopérations particulières, mais plutôt par l'existence de réseaux sociaux d'étudiants qui facilitent la venue des compatriotes. En revanche, on a constaté une très faible présence d'étudiants congolais (RDC) dans le milieu universitaire (3 étudiantes).

Cette absence de ressortissants congolais étudiants contraste avec l'importance en valeur absolue de l'effectif global des congolais à Genève¹³, et en particulier avec le nombre important de professionnels congolais ayant pris part à cette étude. On peut en outre observer que la présence d'étudiants sénégalais dans le domaine de la santé, contraste avec une faible représentation des professionnels sénégalais. Ceci indique le manque de passerelles entre le monde étudiant et celui professionnel et des processus de migration séparés entre étudiants (venus en grande majorité pour motif d'études) et les professionnels (venus en grande majorité par le biais du regroupement familial).

En revanche, les données nous indiquent également une représentation sensiblement plus proportionnée entre étudiants (7) et professionnels (10) de la santé originaires du Cameroun. Le nombre plus important des professionnels camerounais de la santé trouverait l'explication dans une intégration citoyenne réussie (50% de ces professionnels ont la double nationalité helvético-camerounaise), pour qui les obstacles structurels à l'emploi semblent dépassés.

Telles que se présentent les données et les observations ressortant des entretiens, il n'est pas possible à première vue d'affirmer l'existence de phénomènes de déqualification professionnelle des migrants africains dans le secteur à Genève. Au contraire, les activités professionnelles correspondent dans l'ensemble aux niveaux de formation des uns et des autres, hormis un cas particulier d'un médecin qui est passé par une expérience de chauffeur d'agence de location de voitures avant de devenir commis administratif.

Au niveau des professionnels ce sont les qualifications qui semblent influencer l'intégration professionnelle, plutôt que les conditions d'entrées et de séjour. A la lumière des parcours migratoires, il semblerait que les migrants africains spécialistes de la santé, donc hautement qualifiés, n'aient pas de difficultés majeures avec les lois du pays de résidence et ont une reconnaissance relativement facile de leurs qualifications et compétences. C'est le cas par exemple de trois médecins camerounais spécialisés en génétique humaine, psychiatrie et chirurgie, un médecin originaire de la République Démocratique du Congo spécialiste en chirurgie pédiatrique et un médecin sénégalais spécialiste en biologie moléculaire. Une professionnelle congolaise de la santé explique que les spécialistes de la santé sont acceptés sans grande difficulté sur le marché du travail: « ...j'ai fait un stage pendant 6 mois après cela on m'a mis sur un poste interne et après 2 ans je peux être nommée chef de clinique ».

Cela peut aussi s'expliquer par une logique du marché de demande de personnel qualifié. Le caractère pointu et spécifique des compétences et la demande du marché de la main d'œuvre dans ces domaines, constituent donc de rares opportunités professionnelles qui s'offrent de manière générale aux professionnels africains. Ce principe de spécificité des compétences et de besoin de main d'œuvre comme

¹³ Selon les données que nous avons reçues en mars 2006 de l'office cantonal de la statistique, la situation à fin 2005 de la population résidente étrangère du canton de Genève faisait du Congo (RDC) le pays le plus représenté d'Afrique subsaharienne en termes de population (1.207). Il est suivi par la Somalie (933), le Cameroun (899), l'Angola (807) et le Sénégal (694).

critère de possibilité de recrutement des professionnels africains, a été rappelé par un responsable de l'Office cantonal de la main d'œuvre lors d'un entretien individuel. Cependant les démarches à entreprendre par les employeurs peuvent s'avérer longues ou compliquées (prouver qu'on n'a pas pu trouver de professionnel correspondant au profil recherché en Suisse, ni dans l'Union Européenne). Néanmoins les professionnels interrogés ont pour la plupart des statuts établis, pour beaucoup ils ont acquis la double-nationalité, il ne s'agit pas d'une population au statut précaire.

Etude de cas 4.

Défis dans les milieux professionnel et étudiant

Certaines trajectoires migratoires des professionnels interrogés sont traversées par des situations difficiles. Certains domaines, ont été cités plus souvent comme étant liés à des situations discriminatoires :

« Je suis à ma deuxième migration (...) en 2000, je suis venue en Suisse vivre avec mon mari et j'ai déposé ma candidature ici à l'école de médecine ... où j'ai été admise avec difficulté ! ... Lorsque j'ai déposé ma candidature, étant une personne noire, ils ne voulaient pas m'accepter. Le racisme est réel dans cette école, vous savez, depuis trente ans, il n'y a jamais eu de black dans cette école. Je suis la seule noire. Je suis venue avec le diplôme, j'ai refait ici encore 3 ans de pratique, et on me demande encore de faire 2 ans de plus. Tous mes autres collègues suisses avec qui j'ai débuté ont terminé et travaillent ! Je n'ai pas eu de difficultés particulière avec la loi, c'est peut-être parce que je suis mariée en Suisse, à part le racisme à l'école (...). L'année dernière, ils m'ont dit que j'ai échoué et ils m'ont demandé de reprendre parce que j'ai de bonne chance de réussir. Au mois de juillet passé, on me fait échouer encore. L'Ecole voulait me renvoyer. Mes amis et collègues ne comprenaient pas, ils ont signé une pétition pour dénoncer la discrimination, ils m'ont fait contacter une association contre le racisme, et un professeur a écrit une lettre au responsable de l'école pour dénoncer la situation d'injustice qui m'est faite. Tu ne peux pas savoir combien j'ai souffert. Ces derniers temps on a contacté une émission de télévision pour dénoncer tout ça... Puis les autorités de l'école ont commencé à avoir peur que l'affaire ne connaisse d'autres dimensions et on m'a dit de reprendre quelques matières. Tu sais, ils ne veulent pas que j'ai mon diplôme fédéral. Ils pensaient qu'avec mon permis B étudiant, j'aurai simplement une licence sans possibilité de pouvoir ouvrir mon cabinet en Suisse. Je viens de faire une demande de naturalisation, ainsi en tant que suisse, je pourrais avoir mon diplôme fédéral et j'aurais la possibilité d'ouvrir mon cabinet. Mais franchement parlé, avec toute la misère qu'on m'a faite, je suis déçue. Mais j'en fais un défi » (Etudiante congolaise).

Par contre, l'analyse des obstacles liés à la reconnaissance des diplômes indique un processus de remise en question des acquis de formation dans le pays d'origine, ce qui contraint souvent ces migrants à une redéfinition de leur projet professionnel et à un renoncement de leur ambition initiale. Le manque de reconnaissance des diplômes est parfois mentionné dans les entretiens, comme un élément du parcours professionnel: « *Quand on m'a envoyé à Genève, le calvaire commençait. On m'a dit*

que je ne pouvais à exercer en Suisse à cause de mon diplôme de médecin dentiste. Je ne pouvais pas faire la maturation fédérale » (médecin dentiste). A cela s'ajoutent des difficultés structurelles comme le note ce professionnel de la RDC « le problème ce sont les contraintes administratives liées à ma nationalité (renouvellement de contrat de travail). L'explication était que les renouvellements étaient souhaités par l'hôpital mais pas facilement acceptés par l'administration ».

Le problème d'équivalence des diplômes a aussi été soulevé par les étudiants qui rappellent que cela peut aboutir à plusieurs années d'études perdues. Ce sont généralement des étudiants en formation sans support institutionnel qui sont concernés. Par exemple cet étudiant sénégalais qui, après plusieurs années d'études, se trouve en 1^{ère} année de Chimie : « ...Les difficultés liées au travail à trouver, mais aussi comment s'organiser pour travailler et étudier, comment comprendre le système pour étudier, les difficultés liées au logement, les courriers qui arrivent de partout, c'était difficile de trouver un équilibre, l'assurance obligatoire des choses que je ne connaissais pas du tout. En plus de cela, l'Université avait refusé de m'inscrire au motif que je n'avais pas fini ma 3^{ème} année de maîtrise au pays. Donc, je n'avais pas de permis. J'ai fait deux recours au tribunal administratif de l'université. J'ai fait un examen d'entrée à l'Uni et je me suis inscrit en 1^{ère} année de Biochimie. Je dois dire aussi que j'ai perdu une année d'étude dans des procédures. »

Les étudiants trouvent par ailleurs que le manque de passerelles entre le monde étudiant et le monde professionnel est « dommageable à nos expériences professionnelles », mais restent convaincus qu'ils valoriseront leurs compétences professionnelles ailleurs si ce n'est en Suisse. Force est de constater que pour des étudiants africains les opportunités professionnelles sur le marché genevois sont faibles. Le remplacement de la « Loi sur le séjour et l'établissement des étrangers » par la nouvelle « Loi fédérale sur les étrangers » ne constitue guère un changement dans le sens des statuts juridiques ou de l'accès au travail. Selon cette nouvelle loi, « seuls les cadres, les spécialistes ou autres travailleurs qualifiés peuvent obtenir une autorisation de courte durée ou de séjour » (art.23). De manière générale on note une similarité des difficultés rencontrées par les étudiants dans leur rapport aux lois du pays de résidence.

Etude de cas 5.

Trajectoires migratoires : le cas des migrants venus pour raison de formation et études

De manière générale on note une ouverture sur le monde des hautes écoles universitaires suisses.

Pendant le semestre d'hiver 2003/04, le nombre des étudiants d'origine étrangère immatriculés dans les hautes écoles suisses - hautes écoles spécialisées et hautes écoles universitaires - s'établissait à 30.071, ce qui représentait 19,7% de tous les étudiants (OFS, 2005).

La Suisse affiche le deuxième taux d'admission d'étudiants étrangers¹⁴ avec les trois quarts des étudiants qui arrivent de l'étranger en Suisse venant d'un autre pays d'Europe (OCDE).

Le Cameroun et le Sénégal sont les deux seuls pays d'Afrique subsaharienne, faisant partie des 20 pays les plus importants en terme d'étudiants immatriculés en 2003 dans les hautes écoles suisses. Cette étude menée au niveau de l'Université de Genève et des Hautes écoles spécialisées dans le domaine de la santé confirme en effet, une présence importante des étudiants Camerounais et Sénégalais. Les motifs liés à la formation et aux études justifient près de la moitié des raisons de présence des migrants interrogés dans le cadre des entretiens individuels (46%).

Toutefois, l'enquête montre que les modalités d'entrée en Suisse sont diverses, avec d'un côté des étudiants venus à Genève dans un cadre institutionnel de coopération (cela concerne généralement des étudiants camerounais) et d'autres dont la venue procède d'une volonté individuelle de formation (grande majorité des étudiants toute nationalités confondues) et enfin une partie d'étudiants dont la venue en Suisse correspond à une superposition de logique familiale et de formation.

Pour la majorité des migrants venus pour des raisons de formation, notamment ceux qui sont venus sans bourse, le choix de la Suisse comme pays de destination obéit d'une part à une logique réticulaire (la présence d'amis ou de parents qui fournissent des informations sur le pays), et d'autre part ce choix correspond le plus souvent à une logique aléatoire. *« Disons que c'est par hasard que je suis venu en Suisse. J'étais venu pour faire un stage en spécialisation, après l'obtention à l'Université de Dakar de mon diplôme en biologie moléculaire. A la fin de mon stage, l'équipe doctorale m'a proposé de m'inscrire en thèse (...) Y a donc vraiment du hasard dans ma venue ici. A ma faculté de médecine dans mon pays, on m'avait suggéré de voir dans le pays nordique d'Europe. Un professeur belge que je connaissais au Sénégal m'a donné les coordonnées de quelqu'un qui était dans un labo ici en Suisse. J'avais également un oncle qui avait eu à faire des études de droit ici en Suisse ... (...) Après avoir eu mon diplôme de spécialisation, je me suis inscrit en doctorat sur demande de l'équipe de recherche avec un titre d'assistant, je suis devenu assistant. Au niveau de la reconnaissance des diplômes je ne pense pas. Peut-être aussi que mon stage de spécialisation a équivalu à une validation des acquis, en tout cas c'est après cela que je me suis inscrit en thèse. (...) Par contre, je peux dire que mes qualifications ou compétences sont sous-utilisées, je travaille à 50% en tant que de formateur au HUG, il arrive quelques fois que je sois impliqué dans des projets de recherche, mais globalement ma situation est précaire ».* (Docteur en biologie moléculaire, originaire du Sénégal, Suisse).

Pour la grande majorité des personnes venues en Suisse pour des motifs de formation, il y a cette dimension aléatoire. Ceci s'explique par le fait que la plupart de ces étudiants ne bénéficient pas de bourse de coopération et leur séjour de formation n'entre pas dans un cadre institutionnel de coopération entre la Suisse et le pays d'origine du migrant. Cette situation qui fait des étudiants africains en formation dans le secteur de la santé des « *free-movers* » (électrons libres), obligés d'effectuer

¹⁴ Il faut, préciser que la catégorie « étrangers », englobe ici à la fois les personnes de nationalité étrangère et domiciliée à l'étranger au moment où elles ont obtenu leur certificat d'enseignement supérieur, et les personnes de nationalité étrangère et domiciliée en Suisse au moment où elles ont obtenu leur certificat d'enseignement supérieur.

de petits boulots pour vivre et financer leurs études (Guissé, 2002), peut d'une part avoir un impact sur leur performances académiques, et d'autre part, cette situation crée des ressentiments vis-à-vis du pays d'origine accusé de ne rien faire pour ses expatriés en formation : *« C'est pour des raisons de formation, j'avais une bourse d'une fondation privée, après cette bourse j'ai aussi eu la bourse de la Commission Fédérale pour Etudiants Etrangers et en même temps qu'une bourse du gouvernement camerounais, parce que j'étais mis en stage par le gouvernement du Cameroun(...) . Disons plusieurs circonstances ont fortement favorisé le choix de la Suisse. J'étais encadré par un médecin suisse, il y avait aussi la convention de coopération entre la faculté de médecine de l'Université de Yaoundé et celle d'ici, cette convention existe depuis 25 ans. Après donc mon doctorat en médecine, j'ai été mis en stage par le gouvernement du Cameroun, et je suis venu faire ici un doctorat en biologie cellulaire. De 1998 à 2001, j'étais donc assistant de recherche. (...) Par contre je suis arrivé ici dans des conditions normales. J'ai été accueilli à l'aéroport, l'hébergement aussi était réglé. Je n'ai pas connu de problèmes à mon arrivée, c'est lié au fait que j'avais la bourse (...). Je n'ai pas connu de problèmes de reconnaissances des diplômes, c'est peut-être grâce à la convention de coopération entre les deux universités. Sinon, il y a seulement eu un certificat d'authenticité fait par le doyen de la faculté de médecine. Le marché de la génétique a besoin de nous. Il y a 15 généticiens en Suisse, si j'ai envie de rester travailler ici, je travaille ! »* (Médecin, originaire du Cameroun, Permis B).

Les procédures d'admission des étudiants étrangers à l'Université de Genève restent parfois complexes. C'est cette complexité qui fait que l'étudiant cité plus haut ne comprend pas que l'université ait accepté son admission et refusé son inscription. On peut en effet émettre l'hypothèse que son inscription était sous réserve d'obtention de sa « maîtrise » dans son pays, mais tel n'est pas le cas selon notre interviewé, car s'il en était ainsi, il n'aurait pas obtenu de visa d'entrée en Suisse. Dans certains cas de conflits, le recours au tribunal administratif constitue souvent le moyen utilisé par ces étudiants pour tenter de régulariser leur situation. Il faut souligner en effet l'existence de la Commission cantonale de recours de la police des étrangers (CR). Cette commission est l'autorité judiciaire compétente pour se prononcer sur des recours dirigés contre des décisions administratives prises par l'autorité cantonale en matière de police des étrangers. Les étudiants africains en difficulté d'obtention de titres de séjour font souvent recours auprès de cette commission. C'est le cas par exemple de cet étudiant sénégalais, qui n'ayant pas pu poursuivre ses études à Lausanne a été accepté à l'Université de Genève, mais l'Office cantonal de la population lui aurait refusé la délivrance du permis : *« ... Je voulais étudier ici génie rural, à l'Ecole Polytechnique de Lausanne. Je suis venu tard et je n'ai pas étudié la première année. En 2000, j'ai fait première année cela n'a pas marché, et je suis venu ici à Genève en 2002 étudier biologie moléculaire. J'ai été accepté à Genève, mais l'Office cantonal de la population m'a demandé de quitter le pays, j'ai fait recours et j'ai gagné »*.

Cette étude ne montre pas si le taux de retour des étudiants en formation à Genève, sans support institutionnel, est moins important par rapport à ceux qui sont venus se former dans un cadre de coopération, (des trois nationalités enquêtées, seule l'Université de Cameroun entretient un accord de coopération avec la faculté de médecine de l'Université de Genève), cependant il y a des différences de discours et d'expériences qui montrent que les conventions entre pays et universités facilitent les parcours des migrants venus pour des motifs de formation.

Comme réponse à la sous utilisation de leurs compétences, étudiants et professionnels suggèrent des collaborations avec d'autres chercheurs de leur pays d'origine en transcendant les approches nationales.

■ 4.3 Réseaux sociaux des migrants, intégration et potentiel de développement

Les migrants africains entretiennent des rapports différents avec leurs communautés d'origine, avec les autres communautés migrantes présentes à Genève et avec la population suisse. Les liens existants entre ces migrants africains avec les autres communautés étrangères, peuvent être qualifiés d'intégration « horizontale », et ceux d'avec la population suisse d'intégration « verticale ». Vis-à-vis de la population suisse, ces rapports restent pour la plupart du temps liés au travail avec parfois des formes plus élaborées de collaboration, dans une perspective de développement à la base du pays ou localité d'origine du migrant. L'existence de ces réseaux et échanges influencent les contributions des migrants envers leurs pays d'origine.

Rapports avec les communautés d'origine

Les rapports des migrants africains avec leur communauté d'origine s'expriment en plusieurs dimensions : affective, nostalgique ou encore identitaire. Cette dimension identitaire exprime à la fois l'attachement et la nostalgie du pays (qui justifient leurs différentes initiatives de développement) et constitue l'une des principales caractéristiques des réseaux sociaux de ces migrants. A ce propos, des travaux sur la migration indiquent que la composition des réseaux sociaux des migrants et de leurs descendants reflète une tendance vers la préservation de l'identité culturelle de leur pays d'origine, soit une tendance vers l'assimilation structurelle à la société de résidence (Tribalat, 1995). Ces deux tendances restent en effet repérables dans ces réseaux sociaux de migrants africains, même si nous notons que ces tendances ne sont pas essentialisées par ces migrants. Ce que ces migrants privilégient en effet, c'est le travail de renforcement des liens en multipliant les contacts entre migrants de mêmes communautés, mais aussi entre migrants de communautés différentes.

La nature ou la forme du rapport du migrant par rapport à son pays d'origine est fonction de plusieurs variables, notamment celles liées à son statut et à son niveau d'insertion structurelle dans le pays de résidence.

On peut également observer que ces rapports vis-à-vis du pays d'origine, se situent à deux niveaux. Le niveau macro, constitué par le rapport ou les attentes du migrant à l'endroit des institutions publiques ou politiques de son pays, et le niveau micro des relations avec la famille restée au pays.

En ce qui concerne le premier niveau, le discours des étudiants interrogés individuellement ou en focus groupe, et toute nationalité confondue, met l'accent sur l'absence du lien entre les pouvoirs publics « censés suivre et connaître ce que font ses ressortissants ». Cette absence de lien se traduit par l'inexistence de structures institutionnelles chargées de suivre et de valoriser les compétences de ces étudiants. Ces étudiants développent ainsi un discours citoyen extrêmement critique à l'endroit des autorités politiques de leur pays, accusées d'être à l'origine à

la fois de l'absence des politiques de suivi et de formation et d'une mauvaise gestion du système sanitaire du pays. Ils éprouvent aussi un sentiment « *d'abandon* », mais qu'ils transforment en défi avec une volonté de réussir leur projet professionnel dans l'espoir de servir leur pays d'origine. Les professionnels enquêtés adoptent également cette même attitude critique vis-à-vis des pouvoirs publics de leurs pays d'origine, qui ne facilitent pas à leur avis, la mise en œuvre de certaines de leurs initiatives de développement. Certains professionnels ont également noté la perception négative que souvent les décideurs politiques ont de leur diaspora, qu'ils suspectent de « *vouloir prendre leur place* ».

Si ce niveau macro des rapports entre migrants et pays d'origine reste donc marqué par des attentes déçues des migrants à l'égard des pouvoirs publics et un attachement au terroir familial et communautaire, les rapports vis-à-vis de la famille restée au pays sont quant à eux dominés par des échanges continus. Les nouvelles technologies de communications constituent pour ces migrants un moyen de rester en contact avec leur famille et amis. Outre ces moyens de communications, la participation des ces migrants à des réseaux formels et informels constitue autant de lieux de récréation et de convivialité où se discutent aussi des questions en rapport avec la « *marche du pays* ».

Rapports avec les autres communautés étrangères

L'approche par « *boule de neige* » (demander au terme de chaque entretien d'indiquer une personne pouvant participer à l'étude), facilite l'entrée en contact avec de nouveaux répondants, et permet en outre de mesurer le degré relationnel et de connaissance que le migrant entretient avec ses compatriotes, mais aussi avec d'autres nationalités. Les répondants ont suggéré à la fois des personnes compatriotes mais également d'autres communautés étrangères. Cette situation permet d'apprécier du réseau relationnel du migrant à la fois avec les personnes de même origine, qu'avec les autres communautés.

Par ailleurs, une question du guide d'entretien porte sur les types de rapports que le migrant entretient avec d'autres communautés étrangères. Il ressort de cette interrogation que les interviewés ne choisissent pas leurs « amis » en fonction des nationalités, mais que ces relations se construisent au gré des rencontres soit dans le cadre du travail ou autre. Cette insertion indifférenciée dans le tissu relationnel des répondants, constitue un indicateur d'intégration horizontale des personnes interrogées.

Les interviewés participent également à divers réseaux formels et informels. Les réseaux formels sont souvent des associations de ressortissants de même pays, qui se définissent souvent comme des lieux de convivialité, d'entraide ou de solidarité et de discussion sur la situation du pays, mais il existe également des réseaux qui ont une vocation de recherche et d'enseignement, comme le réseau de télé-enseignement et de télé-médecine en Afrique francophone (RAFT) auquel participent certains migrants interviewés. Quant aux réseaux informels, c'est souvent des mobilisations individuelles ou associatives qui se créent par exemple en cas de catastrophe survenue au pays.

Toutefois, les difficultés majeures de ces réseaux formels restent la constance et la durabilité. L'accès difficile aux ressources pour financer des projets, mais également des contraintes liées aux exigences professionnelles des uns et des autres font que ces réseaux ont tendance à se limiter à quelques bonnes volontés.

Rapports avec la population locale

L'analyse des statuts juridiques des interviewés fait donc apparaître globalement deux statuts différents du point de vue de leur intégration structurelle dans le pays de résidence : les professionnels qui ont généralement un statut stable et les étudiants un statut juridique précaire ou à durée courte. Si on peut raisonnablement postuler, que l'intégration structurelle des professionnels africains de la santé est suivie d'une intégration sociale voire citoyenne dans le pays de résidence, aboutissant à des rapports plus soutenus entre ces migrants et les suisses, on peut questionner ce type d'intégration pour les étudiants. Toutefois, les relations unissant les migrants à la société de résidence restent complexes, et leur intensité n'est pas uniquement liée à l'attitude des migrants ou à leur statut. Les contextes familiaux, générationnels et de genre influencent les questions d'intégration. De plus, cette intensité des relations est également fonction, de façon générale du modèle d'intégration du pays de résidence, et de façon particulière de l'attitude et des attentes des suisses vis-à-vis des étrangers.

Certains des interviewés ont fait mention d'expériences de collaboration avec leurs collègues suisses, consistant à mettre à la disposition du pays d'origine des stagiaires ou à mettre sur pied des infrastructures sanitaires au pays.

Pour ce qui est relatif à la participation des migrants à la vie sociale et culturelle en Suisse, cette participation reste fort variable et laisse apparaître une intégration verticale différenciée. On note chez les étudiants en santé, notamment ceux titulaires de permis de séjour non astreignants, un intérêt aux activités culturelles, en particulier aux événements symboliques de la cité, comme la fête de l'escalade, fête de la musique auxquelles ils participent. Pour les autres catégories d'étudiants, il y a une variabilité dans l'intérêt accordé aux activités culturelles, mais la tendance dominante reste que « *la préoccupation est ailleurs* ».

En revanche pour les professionnels, les exigences professionnelles et familiales sont évoquées comme facteurs ne favorisant pas leur participation aux activités sociales et culturelles. Néanmoins on peut relever une catégorie de professionnels aux diverses appartenances associatives et aux identités transnationales multiples, qui participe effectivement à la vie de leur société d'origine et de résidence. Cette catégorie de personnes est constituée principalement des professionnels qualifiés de la santé et de quelques individus ayant fait leur scolarité en Suisse.

Au contraire, pour les personnes exerçant des professions peu qualifiées, leur relation avec la population suisse tourne autour des interactions sur leurs lieux de travail. On peut supposer que la nature de leur activité de travail (horaires nocturnes) leur laisse peu de temps d'investir d'autres univers relationnels et de développer des interactions multiples avec la société de résidence.

■ Chapitre V. Le potentiel de développement des migrants transnationaux d'Afrique subsaharienne agents de la santé à Genève

Les migrants jouent un rôle fondamental dans l'amélioration des conditions de vie des populations de leurs pays d'origine. Les pratiques de solidarité et d'autogestion menées par les migrants agissent comme des amortisseurs et des régulateurs des tensions et des déséquilibres sociaux et économiques. Cependant, certaines contraintes d'ordre structurel et / ou conjoncturel réduisent les retombées positives qu'elles peuvent avoir au niveau du développement économique et social du pays d'origine. La famille et les communautés, sont à la fois un des motifs de la migration internationale et les principaux bénéficiaires des transferts de ressources (financières et matérielles). De même le climat d'instabilité politique et économique, les privations des libertés fondamentales, la vulnérabilité des migrants dans le pays d'accueil, l'absence parfois de structures et de politiques de gestion de la migration constituent des contraintes pour une bonne articulation entre migration et développement.

■ Les transferts de ressources

Les transferts financiers

Les envois monétaires sont des pratiques courantes chez les personnes interrogées et sont principalement orientés vers l'amélioration des conditions de vie des familles et des communautés d'origine. Comme le souligne le tableau ci-dessous, la grande majorité, soit 90% des personnes interrogées, effectue des transferts de fonds vers le pays d'origine. En effet, sur les 48 migrants ayant répondu à la question n° 9 du questionnaire (voir annexe 2), 43 affirment envoyer de l'argent et seuls 5 d'entre eux disent ne pas le faire, dont deux personnes disent envoyer plutôt des cadeaux.

Tableau 5: Envoi d'argent :

Oui	43
Non	5

Dans un contexte de crise économique, de pauvreté et de dégradation des conditions de vie dans le pays d'origine, la plupart des migrants assument les dépenses sociales des ménages. Dès lors, les diasporas jouent un rôle fondamental dans la lutte contre la pauvreté, grâce au rapatriement des fonds au profit des familles et des communautés d'origine. Ces transferts financiers sont une forme de réactivation des pratiques de solidarité et d'entraide et permettent « (...) d'atténuer les souffrances des populations » (voir Encadré VI).

Encadré VI.**Du rôle des transferts financiers**

- **les transferts des fonds une soupape de sécurité :**

« J'aide aussi indirectement le Cameroun par les moyens financiers pour faire survivre ma famille. Je mets à disposition les moyens financiers et intellectuels pour aider ma famille. C'est une aide indirecte au Cameroun. »

(Chirurgien, sexe M., Cameroun et Suisse)

- **Une forme de consolidation des liens de solidarité et d'entraide et une source de prestige**

«C'est un plaisir de pouvoir aider les autres qui ne peuvent pas »

(Aide instrumentiste, sexe F., permis C., RDC).

Les transferts de revenus permettent de faire face aux besoins sociaux et économiques des ménages et constituent une soupape de sécurité pour une écrasante majorité de la population. Les envois monétaires pour venir en aide aux familles restées au pays d'origine sont considérés par certaines personnes interrogées comme une forme de contribution au développement du pays d'origine.

Le tableau 6 montre que le premier poste d'affectation des fonds transférés par les migrants interrogés est la famille. En effet, sur les 43 individus de l'échantillon qui envoient effectivement de l'argent dans le pays d'origine, 39 d'entre eux destinent leurs envois en totalité ou en partie à leur famille. Le deuxième poste vers lequel sont destinés les fonds est l'investissement, ce qui recoupe avec les réponses enregistrées pour la question 10. Le poste suivant est l'épargne personnelle. Dans huit autres cas, les fonds envoyés sont destinés à d'autres postes diversifiés et particuliers dont le plus important montre que les destinataires sont ce que les migrants considèrent comme « amis ».

Tableau 6: Destinataires des fonds

Famille		39
Investissement		10
Epargne personnelle		6
Autres	Amis	5
	Tontine de quartier	1
	Immobilier	1
	Aide aux orphelins	1
Non indiqué :		1

Les canaux de transfert financiers peuvent être formels (institutions spécialisées dans les transferts d'argent, poste, banques, etc.) et informels (réseaux de connaissances, etc.). En outre, les réseaux de migrants constituent un tremplin à la migration internationale (visa, financement du voyage, mobilisation de ressources financières pour créer une entreprise, etc.).

Les fonds envoyés par les migrants de la santé passent principalement par les institutions spécialisées que sont entre autres Western Union, Money Express, Osmose Finance, Money Gram. Parmi ces institutions, la plus citée est Western Union. Si, un peu plus de la moitié des transferts de fond passent par ces institutions, les réseaux de connaissance (amis, collègues de travail et autres membres de famille) sont aussi utilisés pour convoier des fonds. Ce canal de transfert ne génère quasiment pas de frais contrairement aux autres mais connaît comme faiblesse son irrégularité. L'argent envoyé passe aussi par la Poste dans 8 cas et par la Banque dans 4 cas. Il est à noter que les services de transferts de fonds spécialisés se retrouvent aussi à la Poste (Western Union) et dans les banques. Certaines institutions spécialisées travaillent en partenariat avec des banques dans les pays d'origine pour permettre aux destinataires de recevoir les fonds. Des raisons d'économie expliquent certainement que les migrants diversifient les canaux de transfert de fonds en faisant surtout appel aux réseaux de connaissances. On peut ainsi voir que dans 18 cas, les migrants utilisent au moins deux canaux de transfert de fonds.

Tableau 7: Canaux de transfert des fonds

Institutions spécialisées		35
Banques		4
Poste		8
Réseaux de connaissances	Amis= 2	14
	Collègues= 1	
	Membres de la famille=1	
Non indiqué		1

La fréquence de l'envoi des fonds est un élément de mesure de l'intensité des échanges entre les migrants et leurs pays d'origine. D'abord, il faut souligner que les migrants choisissent en majorité d'envoyer les fonds de manière régulière. De même, cette régularité des transferts se fait dans des intervalles de temps plutôt rapprochés ou courts : chaque mois (18 cas), tous les deux ou trois mois (5 cas). Dans l'échantillon de cette étude, seuls deux migrants optent pour un envoi annuel. Un peu moins de la moitié des migrants, soit 18 cas n'envoient des fonds qu'occasionnellement. Dans ce cas de fréquence, l'envoi de fonds obéit aux principes de l'urgence et de disponibilité des fonds. Notre échantillon comporte un nombre important de migrants étudiants avec des revenus limités, ce qui pourrait expliquer l'importance de la frange de migrants qui n'envoie pas du tout des fonds ou ne le fait que de manière occasionnelle.

Tableau 8: Périodicité des transferts (question à choix multiple)

Chaque mois		18	
Tous les 3 mois		4	
Par an		2	
Occasionnellement	Problèmes ponctuels	7	21
	Quand j'ai les moyens	2	
	Evènements importants	2	
Autres (2mois)		1	
Non indiqué		2	

Les montants envoyés par les migrants de la santé se situent autour de 375 CHF par mois qui est la moyenne de la classe médiane 251-500 comme indiqué dans le Tableau 9 sur les sommes envoyées. Notons que cette somme est importante car elle représente environ trois fois le salaire minimum dans un pays comme le Sénégal. A titre de comparaison le revenu moyen disponible des ménages (environ 2.3 personnes) en Suisse était de 6.257 CHF par mois en 2004 (Office Fédéral de la Statistique, enquête 2004).

Par ailleurs, il semble que le montant transféré est influencé par le canal de transfert. En effet, parmi les migrants qui font appel aux institutions spécialisées, quelques-uns soulignent que les frais de transfert caractérisés par leur progressivité sont élevés. Cela justifie des calculs pour ne pas dépasser certains seuils du fait de la progressivité des frais de transfert.

Un dernier élément de comparaison concerne la différence sur la fréquence d'envoi rapportée au montant envoyé. Le tableau nous montre qu'il y a deux cas de migrants qui choisissent de faire un envoi annuel contrairement au choix majoritaire (celui-là mensuel) si on considère les seuls transferts réguliers de fonds. Pour l'envoi annuel, l'intervalle entre deux envois s'élargit tout en tirant le montant des transferts vers le haut. On note ainsi dans les deux cas que les montants transférés sont égaux ou un peu supérieurs à 5000 CHF. Cette somme rapportée à l'échelle mensuelle (5000 CHF/12 mois) équivaut à 416.6 CHF. Laquelle somme peut-on remarquer est plus ou moins proche du montant moyen des transferts s'élevant à 375 CHF par mois. Cette remarque sur la valeur marginale du tableau ne fait que confirmer la tendance générale qui se dégage concernant les sommes transférées par ces migrants.

Tableau 9: Sommes envoyées

[0-100]	5
[101-250]	4
[251-500]	27
[501-1000]	4
[+ 1000]	2
Autres	2 (+5000/an)
Non indiqué	1

Cependant, certaines personnes interrogées se demandent si les envois monétaires n'entretiennent pas l'illusion d'une Europe, poule aux œufs d'or (voir Encadré VII).

La dépendance vis-à-vis de ces fonds peut donner aussi l'illusion d'une relation entre les migrants et leurs familles d'origine où l'argent est le référent fondamental. En outre, certaines pratiques illicites de transfert d'argent peuvent porter atteinte à la crédibilité des migrants et saper les fondements de l'économie des pays d'origine.

Encadré VII.

Au-delà des effets positifs des transferts de fonds sur le pays d'origine

- **L'illusion d'une Europe « bourrée de fric » :**

" (...) Il faut tout le temps envoyer de l'argent. Ça on a dans le cœur. Ils comptent beaucoup sur nous. On ne peut pas penser seulement à nous. Pour eux, l'Europe, c'est bourré de fric mais ce n'est pas évident. C'est difficile."

(Etudiante – infirmière, Cameroun)

- **L'argent, un référent fondamental dans les relations entre la diaspora et les familles et les communautés d'origine ?**

"C'est nous qui prenons en charge la famille restée au pays. J'essaie de comprendre les relations qui nous lient avec le pays d'origine. Il faut leur faire comprendre que l'Europe n'est pas le sommet. On est étranger en Europe et vis-à-vis de nos familles restées en Afrique. Les relations sont presque matérielles. Il y a moins d'amour. (...) On a des relations avec les autres communautés africaines. Nous avons toujours les mêmes problèmes, les mêmes choses à faire. Nous avons toujours les mêmes sentiments. Nous vivons tous pareil. On arrive à aborder le même sujet."

(Aide instrumentiste, RDC)

- **Pratique illicite de transfert d'argent**

"(...) c'est positif [le rôle de la diaspora] pour autant que ce soit de l'argent propre. Récemment d'après les médias, ils ont chopé des Africains qui envoyaient de l'argent de la drogue. Un Guinéen rassemblait de l'argent en France voisine à Annemasse et en Guinée, il y avait un centre où les gens ramassaient l'argent alors que c'était l'argent de la cocaïne. Quelqu'un les a dénoncés."

(Biologiste, Rwanda et Suisse)

Autres formes de transfert

Les migrants effectuent aussi des envois non monétaires (habillement, nourriture, livres, appareils électroménagers, voitures d'occasion, machines, colliers, etc.). Ces envois se font selon les circonstances particulières (fête pour l'habillement, les cadeaux, etc.) ou en fonction des sollicitations (publications dans le domaine médical, fournitures scolaires aux membres de la famille). La plupart des personnes interrogées se plaignent des contraintes douanières qui constituent un frein au transfert de ressources non financières.

Autant ou sinon plus que le transfert de fonds, l'envoi de biens matériels reste un moyen privilégié pour les migrants de faire bénéficier de biens matériels et d'équipements utilitaires divers aux proches et aux institutions dans le pays d'origine. Avec une trentaine de cas, les envois non monétaires concernent largement ce qu'on a regroupé dans le terme « cadeaux ». Par ce terme, on désigne approximativement les biens matériels et utilitaires offerts à titre d'usage individuel ne servant ni dans le cadre professionnel, ni dans le cadre des études. Il s'agit d'habits, sacs, chaussures, montres, téléphones portables, appareils électroniques (téléviseurs, réfrigérateurs, calculatrices, jeux électroniques, lecteurs MP3, clés USB, appareils photos, etc.). Un premier fait est que les migrants envoient plus de « cadeaux ». Un deuxième fait est qu'une dizaine d'entre eux effectuent en même temps au moins deux types d'envois, et que parmi ceux-ci huit migrants effectuent au moins trois types d'envois. Quelques 10 personnes de notre échantillon ont choisi d'envoyer des ordinateurs pour un usage diversifié. Une quinzaine de migrants envoient des livres comme support éducatif et aide à la documentation entre autres dans le domaine de la santé. L'influence du secteur d'activité des migrants s'exprime avec le type d'envoi « matériels et équipements sanitaires » avec une dizaine de migrants concernés. Egalement, deux migrants ont opté pour l'envoi de médicaments dans le pays d'origine.

On peut ainsi retenir que seul un tiers de l'échantillon effectue des types d'envoi liés à la santé et que la majorité des envois concernent les « cadeaux ».

Tableau 10: Autres types d'envois (question à choix multiple)

Cadeaux	32
Ordinateurs	10
Livres	16
Matériels et équipements sanitaires	10
Autres : véhicules, médicaments, fournitures scolaires	4
Non indiqué	0

■ 5.2 Rôle des migrants dans l'amélioration des systèmes de santé

Le rôle des migrants dans le développement de leur pays d'origine prend des configurations multiples. Celui-ci ne se limite pas seulement au rapatriement des fonds dont l'importance n'est plus à démontrer. Le personnel de la santé d'origine africaine ainsi que les étudiants investissent plusieurs créneaux : transferts de connaissances par des séjours périodiques pour l'enseignement et la recherche dans les facultés de médecine, informations destinées aux médecins et chercheurs locaux sur les publications et l'actualité scientifique internationale, transfert de technologie, soutien social, investissement dans les PME et dans l'immobilier, etc., la notion de « contribution au pays d'origine » revêt des formes très variées. Deux domaines seront analysés parmi l'hétérogénéité de ces formes de contribution : (i) le rôle des migrants dans l'amélioration des systèmes de santé et dans le développement social et (ii) dans le transfert de connaissances et le partenariat scientifique au profit des pays d'origine.

Amélioration du système de santé et développement social : entre pratiques associatives, initiatives individuelles et vœux pieux

Certains migrants professionnels de la santé ont entrepris la construction de centres de santé en milieu rural au profit de leurs communautés d'origine. Un médecin originaire du Cameroun et un autre de la RDC, forts des réseaux de relations qu'ils ont tissés en Suisse et dans leurs pays d'origine, ont construit des centres de santé, respectivement au Cameroun et dans la République Démocratique du Congo, pour alléger la souffrance des populations et les difficultés dans l'accès aux soins de santé. Ces centres de santé ont pu bénéficier du soutien financier de particuliers et d'organisations caritatives suisses, du soutien logistique et de l'expertise scientifique et médicale de professionnels de la santé suisses et étrangers travaillant dans les hôpitaux suisses. Ce médecin souligne que la création de ce centre de santé au Cameroun peut être considérée comme un projet de retour professionnel et que c'est « (...) une occasion d'exercer au pays, de faire des séjours fréquents et d'avoir une activité professionnelle au moment de la retraite ».

La création d'associations d'aide médico-sociale permet la mobilisation de ressources financières et humaines pour la concrétisation de projets visant à l'amélioration des conditions de vie et des systèmes de santé des populations du pays d'origine. Ces associations développent aussi des projets orientés vers la scolarisation des enfants et des catégories vulnérables (par exemple la création d'association d'aide aux jeunes aveugles pour leur intégration dans le cycle d'enseignement public des voyants à travers le braille).

Les associations de migrants s'activent aussi dans la satisfaction d'autres besoins vitaux des populations du milieu d'origine surtout d'origine rurale : distribution et accès à l'eau potable pour les populations de Rwanda à travers l'association Suisse Rwanda, fourniture de matériels scolaires initiée par une association regroupant des ressortissants du Rwanda, etc.

L'appartenance à des associations déborde le cadre économique. Il s'agit également de creusets permettant le maintien des liens sociaux avec les pays d'origine et de mécanisme d'entraide pour lutter contre le dépaysement sociologique et les incertitudes liées à la vie de l'émigré.

Les migrants développent leur imagination créatrice et leur ingéniosité dans la réactivation de pratiques socioculturelles d'entraide et de mobilisation de fonds comme les tontines dans le pays de résidence. Certaines personnes interrogées sont membres d'associations de tontine qui sont des mécanismes d'épargne et d'entraide socioéconomique. L'argent collecté permet à un membre de la structure tontinière de subvenir à ses besoins et à ceux de la famille.

On note également le développement de pratiques associatives transnationales orientées vers le développement du pays d'origine et qui servent de liens entre le pays de résidence et le pays de départ. Les associations de migrants et de diasporas investissent divers aspects : éducation, activités politiques, animation socioculturelle, communication (journaux, forums sur Internet, etc.) et activités religieuses.

Il arrive aussi que certains étudiants africains dans le secteur de la santé initient des campagnes de sensibilisation lors de leurs séjours au pays d'origine pour des besoins de stages ou pour les visites familiales. C'est ainsi qu'une étudiante (21 ans étudiante- infirmière en 4e année, Ecole des Hautes Etudes de Santé à Genève, originaire de la République Démocratique du Congo) a mené des campagnes de prévention contre le sida dans son quartier d'origine à Kinshasa en République Démocratique du Congo, avec l'appui du Groupe sida Genève.

D'autres étudiants, faute de moyens financiers conséquents en dehors des envois monétaires qu'ils font au profit de leurs familles au gré des circonstances ou dans la mesure du possible (s'ils ont trouvé un petit boulot), participent à des actions à titre bénévole : collecte de fonds au profit d'associations et d'ONG travaillant en Afrique, soutien apporté à leur proche dans le montage de projets socio sanitaires, au niveau de l'accès aux médicaments.

Cet étudiant (Togo, M, 32 ans, Etudiant en master en biologie Genève) comme tant d'autres a envie de faire quelque chose pour leur pays, de faire bouger les choses. Il a des *«idées de projets dans le domaine de la santé, de la malnutrition mais juste des idées qu'il faut développer et après trouver du financement»* au profit de son pays d'origine le Togo. Un autre répondant a eu à participer à des soirées dont les bénéfices ont été reversés à des organisations humanitaires comme Médecins Sans Frontières dans leurs actions au Sénégal. Il envisage de coordonner avec des amis sénégalais vivant en Europe leurs actions pour l'envoi de médicaments et d'équipements au profit de leur village d'origine.

Encadré VIII.

Initiatives dans le domaine de la santé et du développement social identifiées dans le cadre de la recherche

- Construction de Centres Médicaux notamment au profit des populations rurales au Cameroun et en RDC.
- Création d'une association d'aide aux jeunes aveugles (Centre des Jeunes Aveugles de Thiang) pour leur accès au cycle d'enseignement public des voyants à travers l'alphabet braille.
- Campagnes de prévention contre le sida en milieu urbain à Kinshasa en République Démocratique du Congo, avec l'appui du Groupe sida Genève.
- Bénévolat auprès d'ONG, d'associations humanitaires et de structures caritatives dont les actions sont orientées vers le social, la santé et l'humanitaire en Afrique (association Go Sénégal, Pharmaciens Sans Frontière, etc.).
- Construction d'un centre de maternité par l'Association des Femmes Congolaises en Suisse.
- Appui dans le stockage de matériels de santé et dans le montage de projets et dans la recherche de financement pour la construction de centre de santé.
- Participation à des soirées culturelles et à des opérations de collecte de fonds au profit des associations humanitaires, ONG et structures caritatives.
- Dons de médicaments aux dispensaires et structures de santé du milieu d'origine.
- Distribution et accès à l'eau potable.

- Construction d'écoles et fournitures de matériels scolaires.
- Projet de transplantation rénale en perspective du retour.
- Projet de construction d'un centre d'imagerie, radio, dépistage du cancer du sein en perspective de retour.
- Mobilisation de fonds à partir de cotisations de membres pour venir en aide en cas de catastrophes.
- Projet de création de centre de bien-être et d'industries pharmaceutiques.

Enfin, il convient de souligner que les contributions dans le domaine de la santé et du développement social se font le plus souvent en dehors des canaux institutionnels, soit par méconnaissance des structures associatives des migrants et des diasporas, soit par manque de confiance à l'égard de celles-ci. Si ces initiatives sont individuelles, il n'en demeure pas moins vrai qu'elles sont portées par des réseaux sociaux (amis, collègues, etc.) et bénéficient aux familles et communautés d'origine.

Transfert de connaissances et partenariat scientifique : la prépondérance des appuis « *ponctuels* » et des initiatives individuelles

Certains chercheurs et professionnels de la santé soutiennent à titre bénévole leurs collègues restés dans leur pays d'origine mais aussi d'autres pays africains, au niveau des expérimentations dans les laboratoires ou de l'actualité scientifique et médicale internationale (publications, conférences, colloques, etc.).

On note quelques exemples d'échanges scientifiques informels. La Faculté de Pharmacie a initié un programme scientifique pour la promotion et l'intégration de la médecine traditionnelle dans la panoplie thérapeutique. De telles actions où sont mobilisées les compétences de la diaspora africaine à Genève favorisent une revalorisation des potentialités endogènes et des interactions entre les professionnels de la santé africains à l'étranger et la communauté scientifique et les personnels de la santé locaux. Des chercheurs en biologie ainsi que des spécialistes suisses dans le domaine médical font aussi des séjours de courte durée au Rwanda pour dispenser des enseignements ou pour faire des recherches dans les universités.

Les échanges entre les migrants dans le secteur de la santé et les professionnels de la santé locaux se limitent très souvent à des appuis ponctuels (envois de matériels et d'équipements sanitaire, de livres médicaux, transferts financiers pour assurer les dépenses des ménages, etc.) qui profitent plus aux familles et aux communautés d'origine qu'au secteur de la santé au sens large. Les séjours de courte durée sont des occasions pour les professionnels de la santé d'appuyer les structures sanitaires en termes de logique et d'expertise.

Encadré IX.**Initiatives dans le domaine des transferts de connaissance et du partenariat scientifique, identifiées dans le cadre de la recherche**

- Programme de recherche entre la Faculté de médecine de l'université de Genève et de l'université de Yaoundé concernant les maladies métaboliques.
- Dons de livres de médecine de la Faculté de médecine de Genève à la Faculté de médecine du Congo.
- La Faculté de Pharmacie a initié un programme scientifique pour la promotion et l'intégration de la médecine traditionnelle dans la panoplie thérapeutique.
- Culture de plantes médicinales (*Artemisia*) pour lutter contre la malaria.
- Soutien au niveau scientifique aux chercheurs et scientifiques locaux.
- Soutien à titre bénévole au niveau scientifique de collègues ou amis restés au pays (expérimentation dans les laboratoires, informations sur les publications scientifiques et l'actualité scientifique internationale (conférence, colloques, etc.).)
- Envois de livres dans le domaine médical à des amis et collègues et parents professionnels de la santé, etc.
- Soutien ponctuel aux étudiants restés au Cameroun (envois de CD-Rom, de publications scientifiques).
- Projet d'atelier de formation en couture pour les femmes en perspective de retour.
- Projet de construction d'une structure de consultation psychiatrique.
- Récupération d'ordinateurs et de matériels informatiques au profit d'associations locales ou pour l'ouverture de cybercafés gérés par les familles restées au pays d'origine.

■ 5.3 Migrations et développement : enjeux pluriels, enjeux réels

Les initiatives personnelles sont de loin plus importantes que les initiatives institutionnelles (associations, organisations, etc.). Les initiatives sont diverses (transferts de fonds, de savoir faire, activité entrepreneuriale, activité de bénévolat, etc.), souvent informelles et bénéficient d'avantage directement à la famille et aux communautés d'origine. Par contre, il est très difficile d'évaluer ou de mesurer l'impact de ces contributions au niveau macro, de l'ensemble du pays.

Le renforcement du potentiel de développement de telles initiatives dépend d'une part de la volonté des pouvoirs publics du pays d'origine à créer les conditions générales favorables, basées sur la démocratie, la bonne gouvernance, la paix et le développement économique et social. D'autre part, la consolidation de ces pratiques dépend de l'engagement des autorités des pays d'origine et de destination à mettre en place des mesures de suivi, d'accompagnement et d'appui pour une institutionnalisation et une articulation de ces pratiques aux objectifs stratégiques de développement à l'échelle nationale, voire sous-régionale et continentale en Afrique. Les développements ci-dessous montrent que les perceptions des migrants transnationaux sur le pays d'origine et sur le pays de destination ont des répercussions sur la mobilisation de ces acteurs pour le développement de leur

pays d'origine et sur les rapports avec la Suisse en même temps qu'elles traduisent leur vécu, leurs aspirations, émotions, contraintes, frustrations et rêves.

Regards sur le pays d'origine

Les perceptions et regards des migrants transnationaux traduisent parfois une situation de mal vivre ou de frustration du fait des conditions de vie difficiles et du manque de considération dans le pays hôte, qui est accentuée par les lois et les restrictions à l'emploi mais aussi et surtout le climat difficile du pays d'origine. Il s'ensuit une double souffrance qui se traduit par de nouvelles logiques et stratégies migratoires pour certains, comme le redéploiement vers de nouvelles destinations tel le Canada ou pour d'autres une «suspension» du projet de retour au pays d'origine, en attendant une évolution meilleure. Certains au contraire, sont dans une revendication du droit à s'installer ou à rester «*ici*» (en Suisse) car «*Je me sens plus chez moi ici*» alors que pour certains enfin il y a un projet de retour malgré tout.

Face à la détérioration de la situation des pays d'origine, on note un sentiment de révolte, de lassitude mais aussi de résignation profonde teintée d'*Afropessimisme*. Une vision catastrophique de l'Afrique se dessine : des pays qui ploient sous l'endettement, la corruption, la privation des libertés fondamentales, la dictature, la misère et les conflits. Nonobstant les immenses potentialités humaines et matérielles en matière de développement, les migrants interrogés considèrent que la situation est désastreuse dans bien de domaines dans leur pays d'origine. Ils citent le manque de gestion des ressources humaines et matérielles, le néocolonialisme et l'asymétrie des relations Nord-Sud, comme quelques-unes des causes majeures du retard de l'Afrique et soulignent également le problème de la fuite des cerveaux.

La crise profonde qui secoue les sociétés africaines inhibe l'imagination créatrice, l'audace et l'amour pour le pays. Le regard est donc généralement très négatif à l'exception de certains pays où certains pensent que des changements positifs s'opèrent alors même que d'autres notent des régressions depuis trois ans, surtout dans le domaine de la santé comme présenté dans l'encadré X:

Encadré X.

Regards sur le pays d'origine

- « (...) Franchement, je trouve qu'elle (situation du pays d'origine) est nulle. Ils s'en mettent plein les poches. Le Cameroun est assez riche. S'il y avait une bonne gestion, les gens ne fuiraient pas.. C'est une fuite. Les gens ont la licence, etc., mais n'arrivent pas à travailler. Ils sont obligés de fuir. Il y a quelques uns qui font correctement leur travail. Mais c'est une minorité. On les marginalise. Les autres se mettent plein les poches. Si tu parles, on te coffre. C'est ça qui est dommage en Afrique. ».

(Etudiante – infirmière, Cameroun)

- « C'est chaotique surtout au niveau de la politique qui agit sur le social dans la mesure où on a une dictature de 40 ans qui est entrain d'être pérennisée. Cela agit sur le peuple qui gît dans la misère. Si au niveau politique ça ne marche pas que ce soit la santé, l'éducation, rien ne marche. Il faut des politiques de développement, d'éducation et de santé. C'est très précaire. »

(Etudiant en biologie, originaire du Togo)

- «Je m'informe de l'évolution sociopolitique, de la situation du pays. Je lis quotidiennement les journaux disponibles en ligne. Sans parti pris ni jugement subjectif, je dirai qu'il y a une régression depuis 3 ans, donc depuis que j'ai quitté le pays. »

(Etudiant en biologie, originaire du Sénégal)

Regards sur le système de santé

De nombreux déséquilibres structurels plongent les systèmes de santé de la plupart des pays africains dans une crise profonde. Certes, la gravité de la crise varie d'un pays à l'autre. Mais on retrouve des traits communs qui illustrent l'effondrement des systèmes de santé. A cela s'ajoute le départ des professionnels de la santé à l'étranger, la crise de l'éducation et de la formation. Les programmes de formation en santé ne sont pas inscrits dans des politiques de santé nationales intégrées et articulées aux changements socioéconomiques et aux besoins et spécificités des populations. On note une forte concentration des professionnels de la santé dans les zones urbaines au détriment des zones rurales. (Voir encadré XI)

Encadré XI.

Regards sur le système de santé

- Incompétence et laxisme de certains personnels de santé.
- Développement de pratiques de corruption chez les personnels de santé.
- Faible motivation des médecins et chercheurs locaux pour la collaboration scientifique avec la diaspora (publications scientifiques, programmes de recherche, etc.).
- Inégalités quant à l'accès aux soins.
- Formation du personnel de la santé souvent très théorique.
- Système de santé gangrené par le culte de l'argent.
- Impact de la pauvreté et marginalisation des couches populaires.
- Manque de couverture sanitaire et de protection sociale (assurance- maladie, etc.).
- Manque de médicaments.
- Détournement de médicaments et de matériels de santé.
- Certaines mesures comme la gratuité des soins de santé pour les personnes du 3^e âge jugée salubre mais insuffisante.

- Délabrement des hôpitaux publics fréquentés en majorité par les populations publiques, couches aisées clientèle des cliniques privés.
- Manque d'infrastructures.
- Marginalisation de la médecine traditionnelle.
- Absence de politique de santé viable et faible engagement politique.
- Désengagement de l'Etat comme une des causes de l'effondrement du système de santé.
- Informalisation du système de santé.
- Existence de compétences avérées dans certains domaines médicaux et problèmes de gestion des ressources humaines.
- Absence de la culture d'excellence.
- Ecart entre les politiques de santé publique et la réalité.
- Absence d'une vision intégrée des politiques de santé publique.
- Stratégie de captation financière auprès des bailleurs à travers l'élaboration de projets dans le domaine de la santé sans vision globale.
- Départ massif des personnels de la santé à l'étranger.
- Manque de personnel de la santé.
- Problème du non retour des étudiants diplômés dans le secteur de la santé.
- Manque de politique de santé mentale.
- Manque d'infrastructure.

■ 5.4 Participation des migrants au développement du pays d'origine: contraintes et aspirations

L'attachement à la communauté restée au pays d'origine reste fort pour la plupart des personnes interrogées. Les interrelations entre les migrants transnationaux et les familles et les communautés d'origine sont diverses et variées mais la recherche du réconfort psychologique et de la pérennité des liens sociaux est souvent au cœur des motivations.

Par ailleurs, les personnes interrogées se sentent investies d'une « mission » d'aide et d'éveil : envois monétaires, sollicitation de conseils, échanges mutuels entre amis. Les contacts téléphoniques, les échanges d'emails, les courriers postaux et les séjours périodiques permettent de consolider les liens sociaux, en même temps, constituent une forme de réconfort psychologique du fait des incertitudes et difficultés de la vie à l'étranger. Les interrelations avec le milieu d'origine favorisent une plus grande imprégnation des réalités et de l'évolution des sociétés d'origine. Elles évitent une perte de repères, accroissent la sensibilité du migrant par rapport aux problèmes et la volonté de se mobiliser au profit du pays d'origine. Il s'agit de préserver des liens sociaux avec le pays d'origine, ce qui n'est nullement un repli sur soi car il est possible de créer des passerelles entre le milieu de résidence et le milieu d'origine.

La diversité des secteurs investis montre la nécessité de tenir compte des transferts de fonds, certes, mais aussi d'aller au-delà de l'aspect monétaire pour appréhender d'autres formes de participation au développement du pays d'origine.

Les investissements au profit du pays d'origine

L'utilisation des fonds transférés met en exergue les trois domaines suivants selon leur importance : la santé, la sécurité alimentaire et l'éducation. Viennent ensuite respectivement l'immobilier et l'entreprise le plus souvent de petite ou très petite taille. Cette hiérarchisation des domaines d'utilisation des fonds transférés semble relever d'un processus cognitif et subjectif de détermination de ce qui est le plus « vital », le plus « urgent », donc de ce qui est prioritaire. Pour déterminer le domaine d'utilisation des fonds transférés, il semblerait que le migrant procède par paliers en cherchant d'abord à assurer un minimum de satisfaction des besoins quotidiens de la famille, ensuite en essayant d'améliorer le niveau de confort et de vie. Le troisième palier est constitué par le financement d'une multitude d'activités lucratives ou de bienfaisance, etc.

Les migrants perçoivent comme important l'impact du soutien financier dont bénéficient leurs proches et quelques institutions:

- le soutien financier a une dimension économique importante par la stabilisation des revenus de la famille et subsidiairement par le lancement d'activités génératrices de revenus ;
- la dimension économique est le support d'une dimension sociale avec le soutien de la scolarisation des enfants et l'accès aux soins de santé. Plus généralement, comme le soulignent beaucoup de migrants, l'impact des transferts de fonds est une amélioration du bien-être et des conditions de vie, voire une élévation du niveau de vie.

Tableau 11: Réutilisation des fonds transférés (question à choix multiple)

Education	11
Santé	15
Sécurité alimentaire	12
Immobilier	6
Petites et moyennes entreprises (PME)	3
Autre : bien-être de la famille	1
Autre : problème ponctuel	1
Autre : Aide, cadeaux	2
Non indiqué	2

Un quart des migrants seulement font des investissements. Nous avons souligné plus haut que notre échantillon comporte un nombre élevé d'étudiants avec des revenus modestes, ce qui est un début d'explication du faible nombre d'investisseurs parmi les migrants de la santé.

Tableau 12: Investissements entrepris

Oui	10
Non	30
Non indiqué	9
Total réponse	49

Il est aussi très important de noter que les migrants qui investissent le font dans leur pays d'origine, excepté un seul migrant qui a investi dans le pays d'accueil.

Tableau 13: Lieux de l'investissement

Pays d'origine	8
Pays d'accueil	1
Autre pays	0
Non indiqué	1

Ceci peut être expliqué par le fait que les migrants investissent principalement dans l'immobilier. Certains migrants soulignent qu'il est difficile de rentabiliser l'investissement comme le souligne celui-ci : « *c'est difficile que ça marche car les gens vous roulent* ». Dans ce sens, l'immobilier comme secteur d'investissement apporte par ses caractéristiques une garantie supplémentaire et une constance des revenus. Huit migrants ont ainsi choisi l'immobilier pour investir, ce qui en fait le secteur privilégié. Le deuxième secteur d'investissement est le transport avec 4 migrants, puis viennent derrière l'agriculture, le commerce avec deux cas et enfin un cas d'investissement dans une clinique.

Tableau 14: secteur d'investissement

Centres de santé/Clinique privée	1
Immobilier	8
Transport	4
Commerce	2
Agriculture	2
NTIC	0
Autre :	0
Non indiqué	2

Contraintes liées au pays d'origine

De nombreuses contraintes se posent quant aux transferts de connaissances et de biens (matériels et équipements sanitaires, envois de médicaments, dons de livres, etc.). Les barrières douanières, la politisation de la vie économique et sociale, la corruption et l'instrumentalisation des associations, la méfiance à l'égard de la diaspora constituent un ensemble de freins pour le transfert des ressources au profit des familles et communautés d'origine.

Rares sont les collaborations scientifiques en terme de publications, de programmes de recherche ou de projets d'envergure nationale pour la valorisation des compétences, le renforcement des capacités et l'amélioration du système de santé. Les personnes interrogées invoquent le : « (...) *manque de motivation des chercheurs et des médecins locaux* ».

Le manque de financement de la recherche constitue une autre contrainte pour la mise en place de partenariat entre les institutions et les centres de recherche des pays de destination et d'origine. A cela s'ajoute le fait que les thématiques de recherche ne

sont pas toujours choisies en concertation avec les instituts de recherche scientifique et les universités des pays d'origine. Ce que l'une des personnes interrogées appelle: « *une logique paternaliste, verticale et 'occidentalo-centrique'* », un sentiment dont on trouve l'écho aussi chez dans d'autres entretiens réalisés dans le cadre de cette étude.

Certaines personnes interrogées déplorent le laxisme dans le pays d'origine ainsi que les nombreuses barrières douanières et administratives qui découragent non seulement le retour du personnel qualifié mais aussi toute initiative en matière de transfert de connaissance et d'investissement dans le secteur de la santé.

Les obstacles à l'investissement économique sont d'ordre légal, administratif, financier, socioculturel ou encore politico-institutionnel. Les guerres civiles, la violation des libertés fondamentales constituent des freins à toute possibilité d'investissement. Le contexte marqué par un effondrement des systèmes de santé, la corruption, la montée de la pauvreté et des inégalités sociales n'offrent pas un cadre propice aux investissements sociaux et économiques, selon les personnes interrogées (voir encadré XI regards sur les systèmes de santé).

Les initiatives économiques des migrants transnationaux ne sont pas pérennes ou ont du mal à se concrétiser du fait d'une conjonction de plusieurs obstacles au niveau du pays d'origine : situation de conflit ou de post-conflit, corruption, népotisme, manque d'infrastructures, lourdeurs bureaucratiques, pauvreté, crise économique, crise de l'Etat, faible bancarisation et problème d'accès au crédit, manque d'informations ou méconnaissance des réalités du pays d'origine, manque de confiance dans les pouvoirs publics, pressions des familles qui subsistent grâce à l'apport financier des migrants, difficultés de mobilité internationale (non renouvellement du permis de séjour), difficultés de retour et des réinsertion des migrants et de leur famille dans le pays d'origine.

Contraintes liées au pays hôte et au statut du migrant

La contribution au développement du pays d'origine semble plus facilitée et plus conséquente pour les migrants bien établis, titulaires d'un passeport suisse et bénéficiant d'un capital social et économique non négligeables, c'est-à-dire d'un statut juridique, social et économique plus stable.

En outre, les formes de déqualification professionnelle ou de sous utilisation des compétences dues aux situations spécifiques de précarités et de discrimination vécues dans le pays de résidence mais aussi parfois dans le pays d'origine peuvent inhiber les capacités entrepreneuriales et les activités transnationales entre le pays d'origine et le pays hôte. En effet, la nature et la régularité des formes de contribution (y compris l'investissement) au profit du pays d'origine semblent être liées au statut juridique des migrants (nationalité du pays de résidence, double nationalité, sans papier, permis de résidence, générations issues de l'immigration) qui à son tour conditionne largement l'accès au marché du travail suisse. Les personnes bénéficiant d'un permis de séjour durable (permis de résidence, nationalité suisse, etc.) peuvent s'inscrire dans la circulation migratoire plus facilement que les étudiants d'origine africaine et les travailleurs titulaires de contrat de travail précaire (nettoyage,

services dans les restaurants, etc.) qui sont confrontés souvent à la vulnérabilité sociale et économique, ce qui affecte leur contribution au profit du pays d'origine. Les diasporas africaines qualifiées bien intégrées au niveau social et professionnel dans le pays hôte peuvent jouer un rôle fondamental dans le développement des pays africains et dans le processus de transformation des sociétés africaines du fait de leur position «entre deux» qui facilite la mobilité internationale et peut créer des richesses et le développement d'activités transnationales porteuses de développement (voir encadré VIII).

Les ambitions généreuses et l'engagement de ces migrants ont du mal à se concrétiser en particulier en matière de suivi et de gestion des projets de développement. C'est le cas d'une aide soignante titulaire d'une double nationalité (Suisse et pays d'origine) qui souhaite entreprendre des initiatives dans le domaine de la santé liant son pays d'origine et la Suisse mais ignore les dispositions juridiques et administratives à prendre.

Le migrant fait aussi face à des pressions multiples émanant du groupe d'appartenance mais n'arrive pas toujours à répondre aux desiderata de tous les membres de la famille étendue. Comme le souligne une assistante en soins communautaires naturalisée suisse mais originaire du Cameroun, les nombreuses sollicitations et le fait de ne pouvoir y répondre, crée des frustrations et des incompréhensions. Il arrive aussi que les conseils prodigués par les migrants pour l'orientation socioprofessionnelle, pour le bien être et l'hygiène soient source de mésentente et d'incompréhension.

Encadré XIII.

Les obstacles aux initiatives transnationales

- **Un environnement peu propice aux investissements**

« (...) Je voulais maintenir l'échange. Quand je faisais un stage au Cameroun, j'ai vu mourir un enfant par incompétence. On n'a pas voulu que je travaille car on pensait que je voulais montrer quelque chose. Personnellement, je te dirais non. On apporte des médicaments au pays. Il faut négocier l'entrée avec la douane, et payer... La corruption. C'est difficile de faire les échanges avec les professionnels. Il faut que ça change. C'est difficile pour quelqu'un qui travaille ici. (...). Je pense que j'ai pris beaucoup d'initiatives entre la Suisse et le Cameroun. J'ai vu beaucoup de gens qui ont pris des initiatives qui ont été très déçus. Si vous prenez des initiatives et que ça échoue comme c'est le cas, c'est mal vu. Je connais un ami qui est allé au Cameroun avec un char de matériels pour construire un dispensaire. Il a failli finir en prison. Il a fallu recourir à sa famille d'origine ici pour le faire revenir ici. Les matériaux ont été volés. En Afrique, les gens sont tellement malheureux et pauvres qu'ils n'hésitent pas à voler ».

(Infirmière, Cameroun – Suisse)

- **Le poids de la famille qui peut être une contrainte**

« (...) Ce n'est plus mon propre bien. La famille réclame sa part. Cet investissement, je m'en détache. Ça rejoint le cadeau. J'ai essayé [dans le transport et le commerce]. Quand j'envoie de l'argent [pour l'investissement], on me réclame l'argent pour la santé de telle ou telle personne qui est malade. Moralement, je me dis : est-ce-que ça vaut la peine de construire ma maison ou de s'occuper de ma plantation de café alors qu'une personne est malade ? Quand je demande l'évolution de la construction de ma maison, on me dit de venir sur place pour moi même voir la situation. C'est toujours l'échec. Quand la diaspora envoie de l'argent, on ne sait pas comment cela est utilisé. C'est difficile d'investir. Je n'ai jamais reçu en retour le loyer et combien on a perçu. Je ne peux réclamer de l'argent à ma sœur. Je suis obligée d'envoyer de l'argent pour l'entretien de l'appartement loué. (...) Les nôtres ne nous aident pas à les aider. Ils ont l'esprit qu'on les soutienne, qu'ils nous exploitent. Il faut qu'ils apprennent à avoir confiance en nous, qu'ils nous soutiennent ».

(Assistante en soins communautaire, Cameroun- Suisse)

- **Les situations de marginalisation**

« (...). Quand tu n'es pas à l'université, tu ne peux pas avoir une bonne profession. Ce qui fait que ces personnes sont obligées de travailler dans le nettoyage, comme femme de chambre. Ce sont des métiers qui ne te permettent pas d'aider ton pays car intellectuellement, tu n'es pas épanouie. Si tu fais quatre ans de femme de chambre, comment peux-tu aider ton pays ? Tu ne peux pas rentrer comme ça. Ici, on ne se construit pas. J'ai la chance que mes parents m'envoient de l'argent mais ce n'est pas les besoins qui manquent. Il y a des gens qui sont là et qui doivent prendre en charge leur famille. Comment ils peuvent aider leurs pays si eux mêmes ils ne s'épanouissent pas.. Il faut qu'il y ait des facilités d'intégration. Il y en a qui font trois ans qui vendent leurs parcelles. Ils viennent ici. Ils rament. Tu ne vas pas leur dire : rentre chez toi ! Car quand ils sont là, le peu d'argent qu'ils envoient, ça nourrit beaucoup de bouches. Ceux qui sont là et qui ont des papiers, ils ont la possibilité de rentrer et de sortir, eux ils rentrent. Ils peuvent construire quelque chose et investir ».

(Etudiante- infirmière, originaire de la RDC, étudiant)

Si les migrants s'activent dans le développement des pratiques de solidarité au profit des familles et des communautés d'origine, à l'inverse, certains se demandent si on n'assiste pas à une déconstruction de cette logique de solidarité et d'entraide. Même si les transferts de fonds pour les dépenses familiales sont fréquents, certaines personnes interrogées critiquent l'individualisme et les pratiques ostentatoires (acquisition de voiture de luxe, vêtements de luxe, etc.) de certains de leurs compatriotes, pratiques qui vont à l'encontre de l'intérêt collectif ou général (construction d'écoles, d'hôpitaux, de routes, etc.) où le rôle de la diaspora aurait pu être fondamental.

Certains pensent que la contribution de la migration au développement est hypertrophiée. Il existe peu d'espaces de concertation entre les diasporas et les

acteurs locaux sur les préoccupations concrètes de développement économique et social du pays d'origine. En outre, l'atomisation et le caractère disparate de la diaspora limite son rôle dans le développement économique et social du pays d'origine même si les transferts financiers jouent un rôle fondamental dans l'amélioration des conditions de vie.

Les perceptions de certaines personnes interrogées montrent qu'à leurs yeux beaucoup de personnes de la diaspora tendent à se singulariser dans des pratiques mues par l'ascension individuelle ou familiale, l'ostentation que par un réel développement du pays d'origine.

Encadré XIV.

Contributions de la diaspora au développement du pays d'origine : quelques questionnements

- **Une contribution de la diaspora au développement national pas toujours mesurable pour quelques uns :**

« Pour le moment, pas trop. La plupart, quand ils rentrent, c'est pour voir la famille ou pour montrer ce qu'ils ont. C'est ce que je vois chez des gens que je connais. Je trouve cela dommage. Si on apportait du peu de ce que l'on a, ce serait bien pour le pays. Peut-être que ça va changer. Les gens commencent à se rendre compte qu'ils ne vont pas vieillir ici et que ce serait bien qu'ils construisent quelque chose pour le pays. Nous les Africains, on palabre beaucoup mais quand il s'agit d'appliquer ou de faire quelque chose, c'est difficile. »

(Infirmière, RDC- Suisse)

- **« Arrêter l'émigration » qui n'est pas synonyme de développement pour d'autres :**

« (...) Il faudrait interdire l'émigration, arrêter les visas. Après un demi-siècle d'immigration, il n'y a aucune corrélation avec le transfert de technologie. Ce n'est pas du côté de l'Occident que l'on va tenir ce discours. Les bénéfices sont unidirectionnels. Ils ne vont pas scier sur la branche où ils sont assis. Toi, si on te donne 100 pour ce travail que tu es entrain de faire, on va donner 500 FCH pour le même travail à un Suisse. Il faut négocier d'égal à égal. Le problème, c'est qu'avec les Africains, nous demandons l'autorisation pour se développer. On ne doit plus demander l'autorisation de se développer. »

(Etudiant en médecine, Cameroun, permis B)

Même si les migrants transnationaux ont « à cœur le développement de leur pays d'origine », la famille et les communautés d'origine constituent des référents fondamentaux dans les initiatives personnelles. Plus, les ressources financières, matérielles et intellectuelles dont bénéficient les familles et les communautés sont

considérées par certaines personnes interrogées comme une forme de contribution au développement national, dans un contexte marqué par la crise ou par « *l'absence d'Etat* » qui entraîne la multiplication de pratiques de survie et d'autogestion.

La perte de confiance vis-à-vis des institutions et des pouvoirs publics se manifeste aussi par la référence à la famille, au milieu d'origine au local, à la citoyenneté et moins à des repères centrés sur l'Etat, la Nation. La conscience patriotique a tendance à s'exprimer en termes de conscience du local, du groupe, comme le montre l'orientation des transferts de fonds.

Les contraintes d'ordre légal, administratif, politique, socioculturel, institutionnel découragent la plupart des migrants transnationaux qui veulent lancer des initiatives économiques (PME, commerce, import-export, cliniques, etc.) ou mettent en péril les investissements déjà en place. L'atomisation de la diaspora, le manque d'organisation en réseaux et le manque de partenariat avec les populations locales entraînent une faible visibilité de ces initiatives individuelles et la mobilisation des ressources des acteurs sociaux autour d'actions concertées plus portées vers le développement national.

Encadré XV.

Migration, diasporas et contribution au développement du pays d'origine : perceptions des migrants dans le secteur de la santé à Genève

- Position privilégiée pour porter un regard critique par rapport à l'évolution du pays d'origine.
- Manque de pragmatisme, peu d'actions concrètes orientées vers l'intérêt collectif.
- Soutiens familiaux.
- Participation plus active une fois de retour au pays d'origine s'il existe un environnement économique, politique, financier et social favorable.
- Manque de soutien politique aux initiatives de la diaspora.
- Manque d'ouverture de la diaspora car causée par la méfiance et la peur.
- Volonté de s'organiser en réseaux pour mettre les compétences au service du pays d'origine mais manque de suivi et d'actions concrètes.
- Rôle stratégique de la diaspora dans la compréhension des pays hôtes et dans le renforcement des capacités de négociation internationale des pays africains.
- Précarité et conditions de vie difficiles des migrants, d'où difficultés pour la plupart d'entre eux à contribuer au développement de leur pays d'origine.
- Phénomène croissant du « *brain waste* », déqualification et sous utilisation des compétences (des architectes reconvertis en aides-soignants).
- Contraintes multiples pour l'investissement dans le pays d'origine.
- Les migrations internationales, forme de rapprochement interculturel et possibilité de s'enrichir du modèle d'excellence et de réussite de la Suisse à partir d'une réappropriation intelligente.
- Non prise en compte par les autorités politiques du pays d'origine du rôle de la diaspora.

- Difficultés pour les migrants à monter des projets et des initiatives au profit de leur pays d'origine du fait de manque de compétences techniques, d'appuis institutionnels et du désintérêt de l'incompréhension des pouvoirs publics.
- Faible valorisation de l'expertise de la diaspora dans l'appui aux populations locales dans la conception et la gestion de projets de développement.
- Manque d'esprit entrepreneurial des migrants (recherche de fonds auprès des organisations non gouvernementales et des organisations internationales, montage de projets de développement d'envergure nationale, régionale, locale et sous-régionale, etc.).
- Reproduction de certaines tares des sociétés par la diaspora (tribalisme, corruption, communautarisme, clientélisme, etc.), d'où la difficulté d'avoir une diaspora organisée et transcendant les particularités locales, religieuses, ethniques, etc.
- La vie des migrants surtout des étudiants faite souvent de soucis quotidiens, de stress et de souffrance.
- Vision plus axée sur l'aide à la subsistance des familles et peu au niveau macroéconomique.

Encadré XVI.

Aperçu des aspirations

- **Des ambitions non concrétisées à cause de déficit de compétences managériales :**

« J'ai beaucoup pensé à cela. Je ne sais pas comment faire, procéder. Comment ça se passe. J'ai beaucoup pensé à l'orphelinat. Et puis, il faut avoir les moyens. »

(Aide- soignante, RDC – Suisse)

- **Des projets dans la perspective du retour au pays d'origine :**

« J'ai envie de bien travailler ici, économiser et ouvrir quelque chose soit m'associer avec la connaissance qui a une clinique soit ouvrir quelque chose dans ma ville. »

(Etudiante-infirmière, Cameroun, permis B.)

■ 5.5 Dynamiques migratoires des Africains Subsahariens dans le secteur de la santé à Genève

Circulation migratoire et transnationalisme

La position « *entre deux* », c'est-à-dire une référence au pays de résidence et au pays d'origine ressort dans les propos des personnes interrogées. Ainsi, une chimiste collaboratrice scientifique en pharmacie révèle qu'il lui est difficile de parler d'un projet de « retour définitif » au pays d'origine du fait de son appartenance à une famille moitié suisse et qu'elle est issue de l'immigration (naturalisée suisse). Selon

cette personne, il s'agit d'une double identité qui ne signifie pas un renoncement à sa culture d'origine mais qui permet des interactions positives qui peuvent être bénéfiques aussi bien à la Suisse qu'à son pays d'origine. Selon une autre personne interrogée « Le désir de faire des allers et retours entre le pays d'origine et le pays de résidence devrait, inciter les autorités suisses et celles des pays d'origine à mettre en place des accords bilatéraux pour faciliter la circulation migratoire et les activités transnationales(...) *aller chez eux avec la possibilité de revenir au cas où leur projet professionnel ne marcherait pas* ».

Retour au pays d'origine ou installation durable en Suisse ?

La plupart des migrants disent avoir l'intention de retourner et de vivre dans leur pays d'origine. Cependant, cette intention de retour n'est souvent pas un projet concret et est assortie de nombreuses conditions : fin des études et des diplômes, expérience professionnelle et épargne suffisante pour ouvrir une structure privée indépendante, retour envisagé comme une retraite, etc. Ceux qui n'ont pas de familles proches au pays d'origine et ceux qui ont la nationalité du pays de résidence semblent moins enclins à retourner définitivement dans leur pays d'origine. Le niveau de vie élevé du pays de résidence et la situation sociale, économique et politique difficile du pays d'origine sont les principaux facteurs (de non retour) cités.

Certains envisagent un retour définitif mais la situation sociale, économique et politique chaotique prévalant dans leur pays d'origine n'offre pas de garantie satisfaisante pour leur bien-être et leur insertion socioprofessionnelle. L'approfondissement de la pauvreté et des inégalités sociales sont des sources de tensions politiques et rendent hypothétique le retour des migrants dans leur pays d'origine.

Le retour est un désir partagé par plusieurs migrants qui ont tendance à le remettre dans le long terme du fait de la dégradation de la situation sociale, économique et politique du pays d'origine. Le non retour ou le report du projet de retour s'explique aussi par le fait que la famille restée au pays d'origine subsiste principalement grâce aux envois monétaires et aux nombreux soutiens de la diaspora.

En effet, plus les conditions de vie se dégradent sous le poids de la conjonction de nombreux déséquilibres (pauvreté, corruption, guerre, etc.), plus se développe une forte propension à l'émigration et plus les migrants y compris dans le secteur de la santé auront tendance à développer des stratégies de survie et de fixation sur le pays d'accueil. Ceci entraîne des cas de double souffrance: souffrance du fait de la demande sans cesse croissante provenant du milieu d'origine et de la difficulté de retour, mais aussi souffrance du fait de la précarité de statut et des difficultés d'installation dans le pays de résidence.

Pour les professionnels de la santé bien établis à Genève, le retour s'inscrit le plus souvent dans une perspective de retraite professionnelle. *Finir ces vieux jours au soleil en Afrique* après plusieurs années passées en Occident et mettre en place une structure socio-sanitaire pour *se maintenir en activité*, telle semble être l'aspiration de certains médecins interrogés. Une aide soignante souhaite retourner à son

pays d'origine, la RDC avant la retraite pour s'occuper des enfants orphelins, créer des centres d'apprentissage dans le domaine médical et encadrer les populations au niveau de l'hygiène, une façon pour elle de partager son savoir-faire et ses compétences acquises en Suisse.

Pour les étudiants dans le secteur de la santé, certains soulignent que la priorité actuelle est de mener les études et la formation à terme. Certains étudiants ont l'intention de retourner dans leur pays d'origine après l'obtention de leurs diplômes (master, doctorat, etc.). Les intentions de retour sont accompagnées de projet d'auto-insertion professionnelle (projet de construction d'une clinique, projet de mutualisation et d'assurance villageoise, projet de construction d'écoles privées, etc.). Certains étudiants envisagent le retour dans le long terme: « (...) *après avoir acquis une expérience professionnelle et économisé beaucoup d'argent en vue d'ouvrir une clinique ou de s'associer avec quelqu'un* ».

Une étudiante-infirmière originaire de la RDC était enthousiasmée à l'idée de retourner à son pays d'origine à la fin de sa formation « *pour faire valoir ses compétences en soins infirmiers* ». Mais son séjour l'année dernière dans son pays natal pour les besoins de stage lui aura fait changé d'avis tant était grande sa tristesse de noter l'effondrement du système de santé de son pays d'origine. Si elle n'a pas remis totalement en cause son projet de retour, par contre, une étudiante congolaise est plus catégorique et considère que sa priorité est de s'installer définitivement dans le pays de résidence. D'autres étudiants interrogés ont décidé de retourner définitivement dans leur pays d'origine.

Certains professionnels interrogés font des séjours de courte durée dans leur pays d'origine pour enseigner dans les instituts et facultés de médecine ou soit dans le domaine purement médical (intervention chirurgicale, soins aux malades, etc.) avec des collègues suisses ou étrangers travaillant dans les centres de santé en Suisse. Les entretiens et les focus groups ont montré qu'il ya une forte demande de la part des diasporas pour pouvoir réaliser ce type de déplacement en accord avec leur employeur en Suisse. Ceci implique donc la mise en place de programmes qui permettent ce type de déplacement, donc que le statut légal de la personne le permette mais aussi que la structure professionnelle reconnaisse ce type de séjour. Le plus souvent ces séjours de courte durée sont encore organisés de façon ad hoc et privée, sur le temps de congé de la personne et non dans le cadre d'un programme officiel d'échange.

Encadré XVII.

Retour ou retours ?

- **Retour difficile pour la diaspora et la génération née de l'immigration :**

« Projet de retour ? J'aime bien que mon logis soit aménagé. Le handicap, c'est que les enfants ayant grandi ici, le retour sur le plan professionnel et social ne va pas être facile. Leur niveau de vie est différent. Professionnellement aussi. Moi, je ne vais pas trouver quelque chose qui me correspond professionnellement. Peut être

à la retraite. Mais si je retourne, je ne serai plus capable, je serai à la retraite. Je ne serai qu'un symbole. Si vous n'amenez rien, vous êtes abandonné à vous-même. (..) Je ne serai pas installée ici si mes enfants n'avaient pas grandi ici. Je n'aime pas les déplacer, les déraciner. Il y a beaucoup de contraintes qui entrent en jeu : familiales et professionnelles. (...) Il ne faut pas s'infliger une souffrance, une peine parce qu'on n'est pas chez soi. Je préfère être ici et leur envoyer de quoi vivre plutôt que de rester là bas et les voir souffrir. On peut vivre ici tout en restant soi-même et intègre. Il ne faut pas laisser les opportunités où on peut se sentir à l'aise. ».

(Assistante en soins communautaires, Cameroun- Suisse)

- **Retour reporté provisoirement**

« Le projet de retour existait avant le stage qui s'est bien passé. Après le stage, ça a mis en péril mon projet de retour. (...) Ici en Suisse, on n'a pas une formation en santé tropicale et en obstétrique. Or en Afrique, c'est primordial. La formation que j'ai reçue ici est inadaptée au contexte africain. Je parle par expérience. J'aimerais avant de rentrer faire une formation en santé tropicale à Anvers en Belgique pour mieux défendre mon diplôme au pays. Les places de travail en Suisse, il y a des possibilités. C'est le titre de séjour qui fait défaut. »

(Etudiante- infirmière, République Démocratique du Congo)

- **Installation durable en Suisse :**

« Récemment, cet été, j'ai eu des échanges au Congo. Ma tante est chirurgienne en gynécologie. Quand je suis allée au Congo cet été, le seul conseil qu'ils me donnaient, c'est que je fasse tout pour rester en Suisse. Ma tante me conseille de bosser 2 fois plus qu'une personne normale c'est-à-dire plus que les autres personnes et de persévérer dans le domaine de la santé. Je ne risque pas de rencontrer le chômage. (...) C'est sûr et certain que je ne retournerai pas. Certes, pendant mes vacances, je peux y aller. On me propose pourquoi tu n'ouvriras pas une clinique ? Non ! J'étais habituée à un confort ici dans les soins. Quand j'ai visité un hôpital, j'étais choquée. Je ne me sentirai pas la force de travailler là bas. Je veux faire ma vie ici. Je me sens plus chez moi ici que là bas même si c'est bon de retrouver ses racines. Je ne renie pas ma culture. Je sais qui je suis, d'où je viens. Quand j'étais au pays, certains m'ont même conseillé de ne pas revenir après mes études ».

(Etudiante - infirmière Congo)

- **Retour définitif**

« (...) C'est à court terme. J'ai moins d'un an. On est à Octobre. C'est clair et net octobre 2007, je ne serai pas ici. Officiellement, je pars en octobre 2007, officieusement en juillet 2007 pour préparer mes activités d'enseignement et de recherche au Cameroun. C'est l'une des choses qui font que mon séjour a échoué ici. Ils estiment que les Africains ne doivent pas faire de la recherche. C'est eux qui font la recherche. Ils sont paternalistes. Sur le plan intellectuel, c'est vertical et paternaliste. Qu'on m'interdise de chercher, je comprends mais qu'on m'interdise de penser, je ne comprends pas. Dis-moi que je ne te donne pas mon argent pour traiter de la malaria, mais ne m'oblige pas à faire des recherches sur le sida. »

(Etudiant en médecine, Cameroun)

- **Retour conditionné**

« Il faut nous donner de l'envie de rentrer après les études. Je ne vais pas rentrer par pur patriotisme. Nos dirigeants doivent maintenir un niveau économique moyen pour motiver les étudiants à rentrer chez eux. Il faut aussi que la diaspora développe des échanges avec les associations de développement d'ici, celles-ci aussi doivent nous appuyer...La vérité je suis pessimiste, je ne crois pas trop à l'Afrique, du moins j'ai cette impression. En plus y'a pas de sécurité d'emploi »

(Etudiante en biologie cellulaire, RDC)

« Pas de projets de retour pour l'instant, je ne pouvais pas travailler une fois retournée, je ne suis pas en mesure de trouver du travail. En plus même si je trouvais du travail, avec ce qu'on me paie, je ne pouvais pas éduquer mes enfants. Si par contre, on me dit, tu vas et on te paie la moitié d'ici, j'y vais. Ce sera un suicide de rentrer sans travail, les aides-soignantes au Cameroun gagnent entre 50 et 60.000FCFA (125 à 150 FCH) par mois. Je ne sais pas comment ils font pour vivre. »

(Aide soignante, Cameroun)

Les générations issues de l'immigration peuvent être confrontées à des difficultés d'insertion socioprofessionnelle, une fois de retour au pays d'origine. A cela s'ajoute la difficulté de reproduire le même confort et le standing de vie dans un environnement social caractérisé par une montée de la pauvreté et la dégradation des conditions de vie. L'incertitude d'une reconversion professionnelle réussie et le fait que le migrant soit perçu comme détenteur de richesses ne facilitent pas le retour. En outre, les familles dépendent des envois monétaires des migrants. Ce sont autant de facteurs qui peuvent inciter à l'installation durable dans le pays de résidence pour des personnes qui à l'origine avaient un projet migratoire temporaire ou pour d'autres qui sont issus de la diaspora (seconde génération) à reconsidérer la perspective d'une (ré)installation sur le continent africain.

■ Chapitre VI. Conclusions

Cette recherche a été élaborée avant tout avec l'intention de mettre en valeur les migrants en tant qu'acteurs du développement du pays d'origine et de destination. Les migrants ayant participé à cette recherche, s'investissent le plus souvent personnellement dans des activités de développement liées au secteur médical, tout en ayant des attentes précises et significatives par rapport au soutien que les politiques publiques peuvent leur apporter. Si les motivations humanitaires, sociales ou patriotiques sont souvent à l'origine des initiatives individuelles, la « bonne volonté » seule des migrants ne suffit pas. Cette recherche montre que si les individus cherchent à aider leur pays d'origine, ils sont aussi dans une démarche d'accomplissement personnel et familial, de recherche de profit et d'opportunités professionnelles. Cela signifie pour le pays d'origine désirant coopérer avec ses ressortissants, de répondre sérieusement aux exigences professionnelles en matière d'évolution de carrière et de d'utilisation de l'expérience acquise à l'étranger.

Les migrants ont exprimé avant tout un souhait de « mobilité » afin de pouvoir avoir une vie « ici » et « là bas ». Cette mobilité serait donc au cœur de leur potentiel de développement.

Le projet a mis en évidence la présence de nombreux étudiants et professionnels d'Afrique subsaharienne sur le territoire genevois venant en particulier, du Sénégal, du Cameroun et de la République Démocratique du Congo, travaillant dans le domaine de la santé dans des métiers très divers : médecins, infirmiers, aides soignants, personnel des permanences médicales, personnel d'établissements médico-sociaux, soins à domicile, dentistes et de nombreux métiers alternatifs dans les soins sociaux et le milieu associatif. Peu de personnes sont venues en tant que professionnels, car la Suisse ne recrute pas activement dans cette zone géographique, définie comme étant les « Etats tiers » ou « cercle extérieur ». La majorité des personnes interrogées sont arrivées par le biais de la procédure d'asile, du regroupement familial, des accords étudiants ou en passant par une structure universitaire située dans un tiers pays européen. La recherche a d'autre part mis en évidence la présence de deuxièmes générations, enfants de migrants attachés aussi bien à la Suisse qu'au pays d'origine de leurs parents ou de migrants arrivés en tant qu'enfants et ayant fait toute leur scolarité en Suisse. Dans cette optique, le terme plus large de « diaspora » peut mieux définir que « migrant » l'ensemble de cette population.

Les acteurs concernés par la thématique migration, développement et secteur de la santé présentent des perspectives différentes. Par exemple, les gestionnaires de la migration s'intéressent aux programmes d'attraction des migrants qualifiés, les acteurs du développement sont concernés par l'intégration des faits migratoires dans les stratégies de développement, les professionnels de la santé se focalisent sur les besoins spécifiques en main d'œuvre et les décideurs publics des pays d'origine se concentrent sur la fuite des cerveaux et la mobilisation de leurs diasporas.

Cette recherche a intégré les perspectives de ces différents acteurs, présents en Suisse et sur le territoire genevois qui se sont exprimés dans des entretiens individuels, dans le « focus group » ou la table ronde, sur leurs stratégies ainsi que sur les contraintes auxquelles ils sont soumis.

Résumé des messages des principaux acteurs institutionnels

Les **autorités du développement**, en particulier la Direction du Développement et de la Coopération (DDC), ont salué l'utilité de projets de recherche pour nourrir avec des exemples l'agenda politique migration et développement. Dans le cadre de son mandat, la DDC traite des migrations du point de vue de la politique du développement. Les responsables ayant pris part à la recherche ont rappelé que la DDC oriente les actions prioritaires de réduction de la pauvreté vers des zones géographiques spécifiques (en Afrique de l'Ouest pour l'année 2007 les pays prioritaires pour la coopération au développement sont le Mali, le Niger, le Tchad et le Burkina Faso et pour l'action humanitaire la Guinée, le Sierra Leone, le Liberia et la Côte d'Ivoire) et n'a pas de programme de coopération avec le Cameroun et le Sénégal. Cette limitation soulève des questions quant aux possibilités de développer des programmes dans des zones non prioritaires.

Les **autorités chargées de la migration** rappellent que le Canton reste la première autorité concernée par l'admission des migrants. Ils ont souligné que l'Afrique subsaharienne n'est pas une zone de recrutement actif du personnel de la santé pour la Suisse. C'est pourquoi l'Office Cantonal de la main d'œuvre n'a traité au cours de l'année 2006 qu'un nombre réduit de cas de professionnels d'Afrique subsaharienne. Dans le cas de du recrutement de migrants, les structures hospitalières doivent justifier l'engagement des extracommunautaires et c'est la Commission Tripartite réunissant travailleurs, employeurs et administration qui traite des demandes de permis. Les étudiants sont du ressort de l'Office Cantonal de la Population et arrivent par des conventions spécifiques, qui préconisent le retour de ces personnes une fois leur formation accomplie. Cependant ce retour n'a pas toujours lieu pour diverses raisons personnelles. Certains migrants arrivent en tant que porteurs de projets d'aide au développement, pour des séjours de perfectionnement ou avec des visas touriste de trois mois pour un stage d'observation. Cependant, ce qui échappe dans cette perspective centrée sur le recrutement comme source de migration, c'est le cas des migrants arrivés par d'autres biais en Suisse et qui travaillent et étudient dans le domaine de la santé. Ces personnes sont donc souvent considérées sous l'angle des questions d'asile et de réunification familiale et non en tant que professionnels et agents de développement.

Les **employeurs du secteur de la santé genevois**, privé comme public ont mis en évidence des contraintes particulières et des besoins différenciés en matière de gestion et de formation du personnel médical d'origine migrante. Etant donné que sur le territoire du canton de Genève il y a des structures médicales très diverses (hôpitaux publics, structures médicales privées, établissements médicaux spécialisés, maisons de retraite, soins à domicile, filière dentiste, filière pharmacologie, etc.), la présence du personnel d'origine subsaharienne est disparate. Cependant, il faut rappeler que le secteur de la santé genevois accueille beaucoup d'étrangers, par

exemple 65% des infirmiers de l'hôpital cantonal sont étrangers, mais seulement 2% parmi eux ne sont pas Européens. Lors du « focus group » institutionnel, un employeur responsable d'une maison de retraite a rappelé qu'il y a des coûts spécifiques pour la gestion des professionnels d'origine migrante en termes financiers, de temps, d'énergie et d'administration. Les employeurs interrogés ont par ailleurs déploré un manque de lien entre la politique de l'hôpital et la politique de la migration en Suisse.

Les responsables universitaires ont appelé à une meilleure prise en compte des besoins des filières peu développées en Afrique, telles la neurochirurgie et l'ophtalmologie, où la formation à l'étranger peut s'avérer nécessaire. Le télé-enseignement dans le domaine de la médecine a été rappelé plusieurs fois comme un bon support de transfert des connaissances. Le rôle des conventions entre universités a été cité à titre d'exemple positif de collaboration. Les conventions permettent en particulier, de dépasser le problème des reconnaissances des diplômes et de prendre en compte dans les formations les besoins des pays d'origine (par exemple que les étudiants soient formés dans des pathologies présentes en Afrique).

Les **responsables des associations** travaillant avec des migrants d'Afrique subsaharienne ont souligné avant tout les besoins de formation de ces personnes. La formation proposée par la Croix Rouge pour auxiliaires de santé, organisée sur 120 heures en trois semaines et avec des stages en établissement pour personnes âgées, a été citée à titre d'exemple de bonne pratique. Ils ont rappelé que de nombreux migrants ne sont pas venus pour des raisons professionnelles en Suisse mais pour des raisons politiques, économiques ou familiales et c'est à leur niveau que le problème de la reconnaissance des diplômes se pose. Ils ont par ailleurs attiré l'attention sur les conditions de vie et de travail du personnel d'origine migrante dans les métiers non médicaux exercés en milieu médical (par exemple la restauration des hôpitaux), la situation des personnes formées dans la santé, mais travaillant dans l'économie informelle (services à domicile non déclarés) ou l'usage abusif du statut étudiant dans le monde du travail. Un bon nombre d'associations genevoises et suisses sont très actives dans le domaine de la coopération africaine, il est donc important d'avoir des activités concertées dans ce domaine et de bénéficier des réseaux et événements qu'elles organisent tel le « Carrefour Solidarité 2008 ».

Les représentants des trois pays d'Afrique subsaharienne, présents à la Table Ronde ont salué l'initiative d'un tel projet de recherche qui permet aux pays d'origine de mieux réaliser le potentiel de développement de leurs ressortissants ou diasporas. Ils ont fortement mis l'accent sur le besoin de partager les connaissances en matière de politiques envers les diasporas et de disséminer les résultats de cette recherche au Cameroun, Sénégal et en RDC. Ils ont offert leur appui pour suivre la mise en œuvre de programmes concrets à la suite de cette recherche, en partenariat avec les autorités suisses et genevoises. Il faut bien souligner que cette étude n'a pas comporté de volet de recherche dans les trois pays d'origine de ces migrants, si bien qu'elle ne peut offrir de résultats sur des aspects tels les impacts de court, moyen ou long terme sur des contributions des migrants dans le pays d'origine.

Un foisonnement d'initiatives transnationales

Une des premières conclusions de ce projet de recherche est la découverte d'un foisonnement d'initiatives privées, portées par des étudiants ou des professionnels du secteur de la santé, d'origine migrante, faisant le lien entre leur pays d'origine et d'accueil. Ces pratiques transnationales sont empreintes de créativité et d'ingéniosité. Elles sont orientées vers l'amélioration des conditions de vie des populations affectées par la pauvreté et la crise économique dans les pays d'origine. Ces pratiques traduisent une forme d'autogestion dans un contexte, perçu ou réel, de désengagement de l'Etat. Elles constituent une soupape de sécurité pour l'amélioration des conditions de vie des familles et des ménages mais aussi des apports au niveau spécifique du secteur de la santé.

Les « contributions au pays d'origine » revêtent des formes extrêmement variées, telles les transferts de fonds vers la famille restée « au pays », les transferts de savoir faire acquis à l'étranger, les transferts d'outils de travail, les activités de mise en réseau, de soutien social et de bénévolat, les activités entrepreneuriales et de développement de petites et moyennes entreprises, les investissements dans le tissu immobilier ou enfin le retour de la personne au pays d'origine. Un bon nombre de ces contributions visent à améliorer le système de santé du pays d'origine : création d'associations médicales, initiatives de transfert de matériel technique, circulation de revues scientifiques, envoi de médicaments, prise en charge de dispensaires ou hôpitaux dans le pays d'origine, lobbying auprès d'institutions suisses, échanges de personnel ou de mobilisation d'étudiants.

Il faut noter que la presque totalité des migrants ayant participé aux entretiens (et l'ensemble des professionnels) fait des envois monétaires aux familles restées dans le pays d'origine. Cependant, de très nombreux participants ont souligné les limites des transferts financiers en termes d'impact de développement sur le long terme et leur désir de contribuer plus spécifiquement au travers de leur expérience professionnelle. De plus, la famille et de la communauté apparaissent à la fois comme une motivation et comme un poids pour les migrants.

Toutefois cette étude ne permet pas de mesurer ou de comparer quelles contributions bénéficient de manière plus efficace ou sur le plus long terme aux pays d'origine. Pour cela il faudrait poursuivre la recherche au niveau des pays d'origine. Les résultats ne permettent pas non plus d'émettre un jugement sur la différence d'impact d'une contribution faite à partir du pays d'accueil ou au travers d'un retour définitif du migrant au pays d'origine.

Si certaines initiatives sont pérennes et professionnalisées, ce qui émerge le plus souvent des entretiens et des groupes de discussion ce sont les contraintes et surtout les limites de ces initiatives qui se heurtent à des problèmes structurels dans le pays d'origine. Malgré l'existence d'un certain nombre de conventions entre universités et hôpitaux, il manque encore un cadre institutionnel et des structures qui soutiennent les initiatives privées déjà existantes et qui renforcent les capacités des migrants.

Contributions des migrants à l'amélioration du système de santé du pays d'origine

Le financement de ces activités transnationales dans le domaine de la santé et du développement social découle du soutien de particuliers et d'organisations caritatives, de collectes de fonds lors des manifestations culturelles et récréatives. Les initiatives personnelles se font souvent avec l'appui de réseaux sociaux dans le pays hôte et des pays de destination. Quelques professionnels de la santé, grâce aux réseaux de relations qu'ils ont tissés en Suisse et dans leur pays d'origine, ont mis en place des associations médico-sociales pour la construction de centres de santé en milieu rural au profit de leurs communautés d'origine. Ces centres de santé ont pu souvent bénéficier du soutien financier de particuliers et d'organisations caritatives suisses, du soutien logistique et de l'expertise scientifique et médicale de professionnels de la santé suisse et étrangers travaillant dans les hôpitaux suisses. On note aussi des initiatives ponctuelles dans le domaine de la santé: dons de médicaments destinés aux familles ou aux centres de santé du milieu d'origine, campagne de sensibilisation contre le sida, collecte de fonds au profit d'associations et d'organisations œuvrant dans le domaine de la santé et de l'action humanitaire. Cependant, les transferts financiers destinés aux familles constituent l'une des composantes fondamentales des interrelations entre les personnes interrogées et leur pays d'origine. De nombreux obstacles d'ordre légal, administratif, financier et socioculturel freinent les initiatives économiques et la participation des migrants dans le secteur de la santé.

Impact du statut en Suisse sur les contributions au développement du pays d'origine

Il faut rappeler que l'un des points centraux de cette recherche est le lien postulé entre la contribution des migrants au développement de leur pays d'origine et leur statut. La recherche laisse entrevoir que plus le statut légal et professionnel en Suisse est sécurisé, plus les migrants ont la possibilité de contribuer envers leur pays d'origine, en particulier avec des projets permettant aux individus de se déplacer dans le pays d'origine. Ainsi, les initiatives en matière de développement au pays d'origine (mise en place d'infrastructures sanitaires) semblent principalement le fait des migrants établis ou possédant une double citoyenneté (suisse et pays d'origine). La double nationalité apparaît comme un élément stabilisateur et qui favorise la mobilité, donc les déplacements réguliers ayant pour objet de développer des projets dans le pays d'origine. Ce résultat contredit l'idée que des personnes bien intégrées dans le pays d'accueil, contribuent moins envers leur pays d'origine. Les statuts non sécurisés ou des migrants détenteurs de permis à durée limitée freinent à la fois l'intégration professionnelle et la mobilité, donc les possibilités de transferts de compétences.

Un autre élément important qui influence fortement les capacités de contribution est le capital social, notamment l'accès à des réseaux sociaux et professionnels. Cet élément, combiné aux variables du sexe et de la formation, influence l'accès au marché du travail, et par conséquent les capacités de contribution au développement spécifique du secteur de la santé dans le pays d'origine.

Qualification et formation influencent l'intégration professionnelle et le potentiel de développement

Il est significatif de constater que, sur l'ensemble de nos interviewés, aucun n'est venu directement de l'Afrique pour motif officiel d'activité lucrative. A première vue, les observations ressortant des entretiens ne montrent pas l'existence de phénomènes de déqualification professionnelle des migrants africains dans le secteur de la santé à Genève. Au contraire, nous observons que les activités professionnelles de ces migrants correspondent dans l'ensemble à leurs niveaux de formation. L'insertion professionnelle est aussi facilitée pour les migrants qualifiés spécialistes de la santé. Toutefois, l'échantillon de cette étude reste étroit car l'équipe de recherche n'a pas eu accès à des personnes formées dans le domaine de la santé mais étant au chômage, travaillant dans d'autres secteurs ou dans l'économie informelle.

De plus, l'analyse des obstacles à la reconnaissance des diplômes indique un processus de remise en question des acquis de formation dans le pays d'origine, ce qui contraint souvent ces migrants à une redéfinition de leur projet professionnel et à un renoncement de leur ambition initiale. L'intégration professionnelle en Suisse est nettement plus facile pour les migrants diplômés en Suisse, ceux ayant acquis un diplôme dans un autre pays, en particulier dans l'Union Européenne que pour ceux qui ont uniquement un diplôme de leur pays d'origine. Les employeurs et les responsables d'association ont confirmé ce problème de déqualification pour les migrants ayant seulement une formation dans le pays d'origine, basée sur le manque de reconnaissance des diplômes et la nécessité pour les migrants de reprendre une formation, souvent à un niveau inférieur. La situation est encore plus difficile pour ceux qui n'ont pas réussi à finaliser leur formation dans le pays d'origine.

Différences entre professionnels hommes et femmes d'origine migrante

L'étude a mis en relief une activité faiblement qualifiée occupée par les femmes. En effet, la faible qualification concerne en particulier les femmes qui sont venues en Suisse par le biais du regroupement familial et du mariage. Plus de 60% des femmes professionnelles interrogées occupent des postes peu qualifiés (aide soignante, aide-instrumentiste, fille de salle, assistance en soins communautaires) et certaines parmi elles sont des intérimaires. Leurs difficultés sont moins liées à leur titre de séjour, puisque la plupart sont bien établies, qu'à leur déficit de formation qui les assigne à des activités de précarité économique. Les associations présentes au « focus group » et à la Table Ronde ont rappelé que ce déficit est aussi souvent lié à un parcours migratoire difficile et à des processus de perte de confiance et d'estime de soi. D'autre part, il faut noter que pour certains de ces métiers, en particulier les soins aux personnes, les hommes sont désavantagés, les employeurs recherchant des femmes. Il est important de constater cette surreprésentation féminine à des niveaux de qualification moindres dans notre échantillon, afin de proposer des réponses ciblées.

La « mobilité » comme facteur clé du potentiel de développement

Les personnes interrogées soulignent toutes leur volonté d'inscrire leurs perspectives professionnelles dans une perspective de « mobilité » plutôt que de

« migration », où ils peuvent aller dans leur pays d'origine partager leurs expériences et compétences, et revenir sans contraintes.

Il faut souligner que les entraves à la mobilité, telles qu'elles ressortent des entretiens avec les migrants sont à la fois réelles et perçues. Certaines limitations à la mobilité sont aussi liées au statut d'employé. Les professionnels salariés n'ont pas d'autres options que de prendre du temps sur leurs vacances pour aller dans le pays d'origine avec des projets de développement, avec en plus l'impression d'être mal vus par leurs employeurs. Des programmes spécifiques permettant cette mobilité temporaire en accord avec les employeurs, peuvent répondre à ces problèmes.

Les stratégies de retour : entre « ici » et « là bas »

Les enquêtes ont fait ressortir un profond attachement des migrants et des diasporas au pays d'origine. Pour certains cela passe par un objectif de retour au pays. Le thème du retour a été abordé très naturellement par un grand nombre de personnes interrogées et discuté dans les « focus groups ». Il porte à la fois sur le retour « temporaire », dans une optique de transfert d'expériences et sur le retour « définitif », le plus souvent lié à un projet de retraite. Pour les étudiants dans le secteur de la santé, certains soulignent que la priorité est de mener les études et la formation à terme. Ce sont donc des perspectives de court terme qui n'excluent pas une mobilité future, alors même que le plus souvent les étudiants venus pour les études ont peu de possibilités pour rester. Pour les participants issus de migrants, donc diasporas de deuxième génération la question ne peut pas se poser en termes de « retour » puisque ce sont des personnes nées, ou ayant vécu la majorité de leurs vies en Suisse.

Les projets de retour varient d'un statut à un autre. Le retour au pays d'origine est synonyme de retraite pour les professionnels de santé titulaires d'un passeport suisse et ayant séjourné pendant une longue période dans le pays hôte. Pour certains travailleurs de la santé notamment dans le domaine paramédical, l'option de retour pourrait être retenue s'il existait des conditions favorables (salaire élevé, stabilité politique et économique, confort, etc.) dans le pays d'origine. La génération née de l'immigration semble plus concernée par le transnationalisme et la circulation migratoire et entend maintenir les liens avec le pays d'origine tout en revendiquant leur appartenance à la Suisse. Les étudiants peuvent être scindés en quatre catégories : ceux qui ont l'intention de retourner à la fin de leurs études et de leur formation s'ils trouvent du travail ; ceux qui émigrent dans d'autres pays à la fin de leurs études ; ceux qui ont un projet de s'installer durablement en Suisse et ceux qui veulent retourner définitivement à leur pays d'origine.

Le retour et la contribution au pays d'origine sont largement influencés par le regard et leurs perceptions du pays d'origine et du pays hôte. Les « push factors » qui sont les causes de l'émigration représentent les mêmes facteurs qui les poussent à ne pas retourner à leur pays d'origine ou à reporter le retour en attendant une situation meilleure.

Le thème du retour soulève de nombreuses questions auprès des migrants, en particulier en matière d'opportunités pour eux et leurs familles. Pour certains, il

est un vrai projet, pour d'autres, il n'est pas envisageable, pour d'autres encore, c'est juste un vœu.

Manque d'articulation entre le monde étudiant et celui professionnel pour les migrants

Les motifs liés à la formation et aux études justifient près de la moitié des raisons de présence des migrants interrogés. La question du passage du statut d'étudiant au statut de professionnel, représente un moment charnière pour de nombreux migrants transnationaux, venus pour les études et souhaitant rester pour le travail. Les accords entre universités ont pour clause de base le retour des étudiants une fois la formation finie. Cependant, de nombreux étudiants expriment le désir de continuer une formation ou une professionnalisation à l'étranger. On remarque d'ailleurs, de plus en plus un redéploiement des migrations vers d'autres pays, étant donné ces contraintes. Les étudiants d'Afrique subsaharienne se forment en Suisse avant d'aller vers les Etats-Unis ou le Canada pour le travail.

Les perceptions envers le pays d'origine et d'accueil jouent un rôle clé

Cette recherche qualitative révèle l'importance des perceptions et des images. Le ressenti joue un rôle très significatif dans les décisions et stratégies de contribution au développement. Les perceptions portent sur la situation en Suisse et plus spécifiquement sur les politiques migratoires ou de l'emploi, tout comme sur le contexte dans le pays d'origine. Des incompréhensions et des frustrations se révèlent, portées par le sentiment que les diasporas sont mal vues, ou par la perte de repères par rapport au pays d'origine. Le projet a voulu donner voix à ces impressions afin de mieux comprendre le rôle du ressenti des migrants dans les contributions au développement du pays d'origine.

Le projet a aussi mis en valeur une confusion entre « faire de la politique » et « mettre en œuvre des politiques ». Plus précisément, « la politique » fait référence aux relations interpersonnelles, la recherche d'un profit pas toujours honnête, des questions de passe-droits et de corruption dans le pays d'origine, qui minent les actions personnelles et associatives. C'est donc une vision très négative et pessimiste. D'un autre côté « les politiques » ont une connotation positive se référant aux programmes et projets à mettre en place pour soutenir le potentiel de développement des migrants. Cependant, la perception négative politicienne semble déteindre sur la confiance de certains migrants, souvent désabusés et affecte négativement la volonté de collaboration avec les pouvoirs publics.

Les politiques envers les diasporas

Une autre conclusion significative de cette recherche est que les migrants et les diasporas n'ont pas attendu les politiques pour agir et développer des initiatives personnelles liant leurs pays d'accueil et d'origine. Toutefois, les migrants font appel aux politiques, aussi bien suisses qu'africains pour lever les obstacles, créer des conditions propices et un environnement opportun qui favorisent leurs projets de développement. Ces politiques sont donc à définir et à construire avec les migrants et les diasporas.

La recherche montre que les motivations « familiales », « communautaires » et « patriotiques » (vouloir faire « quelque chose » pour son pays d'origine) sont souvent à l'origine d'une initiative personnelle. Aussi sérieuses qu'elles soient, ces motivations ont des limites. Les initiatives individuelles se heurtent à des barrières structurelles, souvent d'ordre administratif ou bureaucratique, parfois dans le pays d'accueil (en particulier au niveau même des employeurs lorsqu'il n'y a pas d'accord spécifique de coopération avec des structures dans le pays d'origine), mais surtout dans le pays d'origine.

Le besoin d'un certain degré d'organisation et d'institutionnalisation se fait alors sentir et c'est là un point clé pour les politiques. Il s'agit donc de trouver des moyens pour aller au-delà de l'initiative individuelle et communautaire, vers des actions reconnues et soutenues, dans le cadre d'accords entre pays d'origine et d'accueil. Il s'agit aussi de faire connaître ces actions et construire une relation de confiance avec les ressortissants. Le projet montre que les migrants et les diasporas attendent que les autorités publiques, aussi bien dans le pays d'origine que d'accueil, apportent leur soutien, s'investissent et se responsabilisent. De plus, il apparaît au travers des entretiens qu'il y a un vrai déficit en terme de lien entre les autorités des pays d'origine et les ressortissants : Très peu parmi ceux interrogés considèrent qu'il y a une politique de suivi des migrants africains notamment des étudiants en formation, de la part de leur pays d'origine et les personnes ne sont pas au courant de l'existence de mécanismes institutionnels de soutien. Cependant il faut aussi noter que les entretiens ont eu lieu en 2006 et que depuis des initiatives de coopération avec les membres de la diaspora ont été initiées début par les autorités fédérales responsables, ODM et DDC, sous la direction de la DDC.

« Partenariat » : l'élément clé des politiques envers les diasporas

Un dernier point significatif émerge, il s'agit de la nécessité d'instaurer le dialogue et des partenariats entre différents acteurs impliqués dans ces questions de migration et développement. Cela implique de pouvoir reconnaître d'abord dans le pays d'accueil, quels sont les acteurs du développement parmi les migrants transnationaux, quelles sont leurs stratégies et leurs projets car beaucoup de réseaux sont déjà en place et recherchent une reconnaissance et un soutien. Il s'agit ensuite d'engager le dialogue avec les employeurs au niveau genevois afin de comprendre leurs besoins en main d'œuvre et les réalités auxquelles ils sont confrontés au jour le jour. Ce dialogue doit être ouvert dans les universités et les instituts de formation, afin de mettre en place un maillon souvent manquant entre le monde des études et celui du travail, puisque les migrants vont dans la plupart des cas dépendre de l'un ou de l'autre, avec peu de passerelles entre les deux. Un dialogue renforcé est aussi nécessaire entre les trois sphères de la santé, du développement et des migrations qui continuent souvent, malgré de nombreuses interactions, à évoluer au fil d'agendas indépendants.

Enfin, le dialogue et la coopération avec les pays d'origine des migrants est un élément incontournable. Les migrants souhaitent la responsabilisation de leur pays d'origine et il est vrai que la réalisation de projets de coopération ne peut se faire, sans assurer du côté du pays d'origine, une forte implication, des moyens

financiers, une réelle volonté politique ou une maîtrise technique. Force est de constater que pour le moment ce dialogue n'a pas lieu de façon systématique et que par conséquent, les partenariats sont encore limités.

■ Chapitre VII. Recommandations

Les propositions suivantes ont été élaborées sur la base de trois niveaux différents de résultats: premièrement, les résultats directs du projet de recherche, deuxièmement, la mise en perspective de ces résultats dans un contexte plus large international et suisse en matière de développement, de migration et de santé et, troisièmement, les débats qui ont eu lieu lors de la « Table Ronde de discussion des résultats préliminaires du projet » organisée à l'OIM le 5 mars 2007 avec la participation de plus de quarante experts. Toutes ces recommandations ont pour point commun de mettre les migrants au centre de toute démarche, de donner de la visibilité à leurs actions, d'instaurer un dialogue constructif avec eux afin de maximiser leurs contributions aussi bien au pays d'accueil que d'origine.

Ces recommandations représentent des propositions d'activités concrètes permettant la valorisation du potentiel de développement des migrants transnationaux dans le secteur médical à Genève. Ces activités sont à développer en partenariat entre les instigateurs du projet, l'OIM, l'UNIGE et le RUIG et les acteurs qui ont été impliqués à différentes phases et différents degrés dans le projet qui a donné lieu à ce rapport.

Dans le contexte suisse, il est important de noter la mise en place d'un nouveau projet (en 2008) développé par la DDC, l'ODM et OIM Bureau de Berne qui propose d'étudier le contexte suisse des diasporas d'Afrique subsaharienne pour stimuler une meilleure collaboration avec les diasporas et suggérer des activités concrètes dans le domaine de la migration et du développement. Il s'agit de découvrir:

- comment établir des liens de partenariats pour mettre en place des activités qui contribueront au dialogue entre diaspora et autorités suisses,
- comment optimiser une collaboration équitable avec les représentants de la diaspora ;
- comment encourager la participation des membres des diasporas en Suisse dans la planification et la mise en œuvre d'activités dans le domaine de la migration et du développement (facilitation des transferts de fonds en réduisant les coûts de transferts ; développement d'initiatives entrepreneuriales de migrants dans leurs pays d'origine ; soutien de projets de développement dans les pays d'origine promus par des diasporas ; soutien de projets de retour volontaire, etc.), afin de renforcer les activités de l'ILR.

Il s'agit d'un projet pilote. Selon les résultats des recherches, d'autres contextes suisses et des diasporas seront explorés. Cette étude et ses recommandations sont donc à placer directement au service de ce projet pilote.

Les recommandations suivantes peuvent être considérées comme des exemples d'activités visant à maximiser le potentiel de développement des diasporas, en particulier dans le secteur de la santé.

■ 7.1 Valorisation des résultats et dissémination de la publication

La dissémination des résultats de cette recherche est une étape importante du projet, prévue au travers de plusieurs activités :

- Réalisation d'un communiqué de presse de l'OIM et présentation lors de la sortie du livre auprès des médias genevois, suisses et internationaux ;
- Annonce de la publication à l'ensemble du réseau de distribution de l'OIM de l'UNIGE et du RUIG ;
- Envoi de la publication aux missions du Sénégal, du Cameroun et de la RDC auprès des Nations Unies et organisations affiliées, ainsi qu'aux autorités suisses et genevoises concernées ;
- Réalisation d'un « Séminaire de valorisation des résultats », en coordination avec le projet « Diasporas Scientifiques en Suisse » développé par l'Ecole Polytechnique de Lausanne, le BIT et l'UNIGE avec le soutien du RUIG ;
- Traduction de la publication en Anglais (ou en Anglais et Allemand d'un résumé des résultats et recommandations)

■ 7.2 « Catalogue et bourse des initiatives de co-développement pour l'Afrique subsaharienne »

Le « Catalogue » aurait pour but de présenter les initiatives développées par les migrants transnationaux/diasporas d'Afrique subsaharienne à Genève. Il pourrait porter sur le secteur médical ou plus généralement sur les initiatives de développement des pays d'origine. Notre projet a déjà mis en valeur un nombre important d'initiatives, ainsi que de bons exemples de projets de coopération, dont l'inventaire pourrait être poursuivi afin de permettre une meilleure visibilité et reconnaissance de ces initiatives. Les individuels porteurs de projets ou les associations et réseaux pourraient s'inscrire dans le catalogue, en mettant par exemple celui-ci en accès libre sur Internet, sur le site de l'OIM et d'autres structures appropriées.

Le « Catalogue » identifierait par ailleurs les initiatives menées par des associations, les individuels, les structures médicales, les universités, les programmes d'échange, les conventions de coopération, etc. à Genève Il s'agirait de mieux comprendre comment elles fonctionnent, quels en sont les enseignements, les contraintes et les limites, afin de les reproduire dans d'autres contextes (par exemple, la coopération entre la Faculté de Médecine de Genève et l'Université de Yaoundé, le programme de valorisation de la médecine traditionnelle de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Genève en partenariat avec le Mali et le Cameroun, la Fondation Roseraie soutenant les femmes migrantes, la Fondation Mode D'Emploi organisant des stages dans le domaine des soins en collaboration avec une trentaine d'Etablissements médicaux-sociaux, etc.).

La « Bourse » permettrait de présenter lors d'un événement, les projets développés par les diasporas d'Afrique subsaharienne à Genève, dans le secteur médical.. Un événement de format « bourse d'initiatives » permettrait de mettre en réseau les porteurs de projets diasporiques, les mettre en présence des autorités chargés des questions de la migration, du développement et de la santé, les employeurs, les

universités ainsi qu'avec de potentiels investisseurs privés et publics (banques, fondations, *business angels*, etc.). La bourse peut être organisée sur le modèle « *Business Fair* » avec des stands pour chaque initiative.

■ 7.3 « Programme de mobilité des compétences des diasporas d'Afrique subsaharienne dans le secteur de la santé ».

Ce type de programme s'adresserait principalement aux diasporas basées en Suisse désirant contribuer au développement du pays d'origine et en particulier dans le secteur de la santé. Il pourrait être étendu aux professionnels ou étudiants suisses souhaitant transférer leurs compétences pour une durée donnée dans un pays d'Afrique. Un tel programme permettrait d'offrir une structure institutionnelle favorable aux transferts d'expérience. Il devrait comporter plusieurs volets flexibles, à adapter en fonction de priorités à établir.

Il serait basé sur la coordination ou le partenariat avec: les migrants et diasporas (individuels et associations) ; les principaux employeurs de la santé genevois ; les universités et les instituts offrant des formations dans le secteur de la santé ; les autorités chargées des questions migratoires; les autorités chargées du développement et la coopération ; les organismes chargés du développement dans les pays d'origine (agences de développement, agences de l'emploi, réseaux d'entreprenariat) ; les organisations internationales; les fondations, organisations non-gouvernementales et associations actives dans le domaine de la coopération, du développement et de la santé.

Le programme comporterait un volet pour professionnels et un volet pour étudiant avec des passerelles entre les deux éléments.

Exemples d'activités:

- Base de données de professionnels de la diaspora spécialisés dans le secteur de la santé souhaitant réaliser des transferts de compétences ;
- Base de données des institutions africaines dans le domaine de la santé intéressées à accueillir des professionnels de l'extérieur ;
- Base de données de projets prioritaires d'investissement dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne et mécanisme de facilitation des investissements ;
- Portail Internet de service d'offres d'emplois (*job matching*), qui permette de répondre à des offres d'emplois en Afrique ;
- Mécanisme de facilitation des retours « temporaires » dans une structure hospitalière ou universitaire pour exercer/ former/ enseigner sur la base de conventions entre la Suisse et l'Afrique subsaharienne ;
- Mécanisme de facilitation du retour « définitif ou de longue durée » dans le pays d'origine dans le cadre d'un projet personnel, par exemple, pour accompagner une personne avec un projet de retraite ;
- Services de *e-learning* et de transferts virtuels pour personnes ne souhaitant ou ne pouvant pas aller personnellement en Afrique ;

Un premier programme pilote pourrait être développé au niveau cantonal. Il doit prendre en compte les programmes déjà existants, tels les programmes de visiteurs avec visa de touriste de 3 mois, les échanges d'étudiants basés sur des conventions de coopération tel Cameroun-Suisse (Université de Genève), les accords bilatéraux dans le domaine médical et en matière de migrations de travail temporaires, les programmes de coopération entre hôpitaux ainsi que les programmes non gouvernementaux de transferts de connaissances et de technologies (dons de livres, équipements sanitaires, etc.).

■ 7.4 « Ateliers sur les migrants et les diasporas africains dans le secteur de la santé à Genève »

Les « Ateliers » seraient une série de réunions ayant lieu successivement dans des institutions hospitalières, universitaires et internationales à Genève. Chaque réunion porterait sur une thématique spécifique, dirigée par une institution ayant mis en œuvre un programme innovateur soutenant les migrants africains étudiant et/ou travaillant dans le secteur de la santé. Le suivi des « Ateliers » serait assuré par un Comité regroupant des représentants de ces institutions.

Les thèmes peuvent porter par exemple sur :

- Femmes migrantes d'Afrique subsaharienne : comment répondre à la déqualification ?
- Modèles de Conventions Universitaires : ce qui marche, ce qui ne marche pas ?
- Coopération inter-hospitalière : comment la mettre en place ?

■ 7.5 « Recherche sur les contributions des diasporas africaines au développement des systèmes de la santé des pays d'origine. Les cas du Cameroun, du Sénégal et de la République Démocratique du Congo »

Cette « Recherche » permettrait en premier lieu de faire connaître les résultats de cette recherche initiale dans les pays d'Afrique subsaharienne concernés, en distribuant la publication auprès des acteurs intéressés et en organisant des réunions d'experts dans chaque pays.

En deuxième lieu, la « Recherche » dans les trois pays concernés par notre étude (Cameroun, Sénégal, République Démocratique du Congo) apporterait un complément d'information nécessaire à cette recherche initiale, en portant sur les causes de la migration des professionnels de la santé, la mobilisation des diasporas par le secteur médical des pays d'origine et les impacts des contributions des migrants sur le développement des systèmes de santé.

L'objectif serait de mieux comprendre à la fois les processus en amont : les facteurs qui motivent les départs des étudiants et professionnels d'Afrique subsaharienne et en aval : l'impact des contributions sur le développement du pays d'origine et les facteurs qui contraignent leurs contributions.

Cette « Recherche » comprendrait une partie « Etude des obstacles » » aux contributions des migrants /diasporas dans les pays d'origine, une partie « Etude des impacts des contributions » auprès des structures du système de la santé

dans ces trois pays et une partie « Recommandations » pour lever ces obstacles et maximiser les impacts des contributions.

Le projet comprend des partenariats avec des universités, centres et réseaux de recherche, d'Afrique subsaharienne et le soutien des bureaux de l'OIM dans la région.

■ 7.6 « Table Ronde de Bonnes Pratiques Internationale envers les Diasporas »

Cette « Table ronde » permettrait de faire le point sur les politiques en cours en matière d'implication des diasporas pour le développement au niveau international: ce qui marche, ce qui ne marche pas, présenter des exemples de collaboration entre pays d'origine et de destination, sur le thème de la mobilisation des diasporas et en particulier dans le domaine de la santé/médical. Elle mobiliserait les autorités suisses de la migration et du développement sur le thème des politiques envers les diasporas avec le soutien de l'OIM, tout en bénéficiant de l'expérience internationale dans ce domaine.

Cette « Table ronde » s'adresserait en priorité aux autorités chargées de travailler avec les diasporas dans le pays d'accueil comme dans le pays d'origine et permet d'apporter l'expertise internationale au service de l'expérience suisse et des pays d'Afrique subsaharienne. Le dialogue avec des représentants de la diaspora serait au cœur du principe de la « table ronde ». Des experts en matière de politiques envers les diasporas de pays divers partageraient leurs expériences et pratiques.

Les thèmes abordés pourraient inclure par exemple : « connaître ses diasporas : données quantitatives et qualitatives » ; « développer les capacités des diasporas en matière de développement », « favoriser l'entreprenariat transnational », « favoriser la mobilité des professionnels des diasporas médicales », « soutenir les réseaux scientifiques des diasporas », « construire un agenda commun avec les diasporas », « comprendre les principaux obstacles aux contributions des diasporas », « capacités consulaires et contributions des diasporas », etc.

■ 7.7 « Journée des Diasporas de Genève »

Cette « Journée » permettrait la valorisation des initiatives diasporiques qu'elles soient économiques, politiques, culturelles ou artistiques. Elle valoriserait le multiculturalisme genevois et la « Journée » attirerait l'attention sur la présence des professionnels et étudiants d'Afrique subsaharienne dans les structures genevoises et contribuerait à l'image de la Genève internationale, en invitant les médias locaux à donner la parole à des représentants des diasporas.

PRINCIPES D'ACTION

- Promouvoir les partenariats entre différents acteurs concernés : migrants, universités, employeurs, associations, réseaux, organisation internationales, autorités publiques nationales et locales des pays d'origine et de Suisse, autorités de la santé, des migrations et du développement ;
- Développer des programmes de recherche et de collaboration « migration & développement et systèmes de la santé» avec les pays d'origine d'Afrique subsaharienne;
- Proposer des réponses adaptées et ciblées à des groupes spécifiques : étudiants, professionnels, retraités, hommes, femmes, personnes établies à l'étranger et personnes avec un projet de retour, etc.;
- Développer une communication positive sur les diasporas, les migrants et le multiculturalisme à Genève.

Annexes

Annexe 1

Tableau: Profil des étudiants et professionnels africains de la santé à Genève interrogés

Profession N= 50	Age	Sexe	Statut	Nationalité d'origine	Niveau de formation
Etudiant	32	H	Permis B	Cameroun	Doctorant en médecine
Chirurgien	62	H	CH	Cameroun	Dr. en médecine
Etudiante	25	F	Permis B	Cameroun	2ème année Pharmacie
Chef clinique chirurgie pédiatrie	43	H	Frontalier G	RDC	Dr. en médecine
Pharmacien	48	H	Cam &CH	Cameroun	Diplôme
Chimiste, collaboratrice scientifique	34	F	RDC &CH	RDC	Doctorat en Chimie
Etudiante	28	F	Cam &FR	Cameroun	Doctorante en Biologie
Etudiante	21	F	Permis B	RDC	4ème année HEDS
Etudiante	19	F	Permis B résidente	Cameroun	1ère année HEDS
Etudiante	32	F	Permis B	Togo	Master en biologie
Facturiste	26	F	Cam & CH	Cameroun	Bac +4, Formation sage-femme
Etudiant	?	H	Permis B	Cameroun	Post-doctorat en physiologie
Aide- instrumentaliste	38	F	Permis C	RDC	Bac +4
Assistante en soins communautaires	51	F	Cam &CH	Cameroun	Bac+ 2ans de formation continue
Biologiste	32	H	Permis L	Sénégal	Diplôme en Biologie
Médecin dentiste	60	H	Permis C (Réfugié politique)	RDC	Diplôme de dentiste
Aide soignante	35	F	RDC & CH	RDC	Certificat aide-soignante
Infirmière	29	F	RDC & CH	RD C	Diplôme d'infirmière
Infirmière	60	F	Cam &CH	Cameroun	Diplôme d'infirmière
Aide-soignante	33 ans	F	Sénégal &CH	Sénégal	Certificat d'aide soignante
Etudiante	34	F	Permis B	Sénégal	Diplôme en Biologie
Etudiante	26	F	Permis B	Sénégal	Master Biochimie
Secrétaire médicale	54	F	Rwandais & CH	Rwanda	Bac+ formation en secrétariat
Etudiant	32	H	Permis B	Sénégal	Diplôme en biologie

Etudiant	25	H	Permis B	Sénégal	Master
Aide-soignante	48	F	Angolaise &CH	RDC	Formation institutrice
Etudiante	21	F	Permis B	RDC	4ème année HEDS
Etudiante	27	F	Permis B	Congo Brazzaville	4ème année en Biologie (virologie)
Aide-soignante	34	F	Cam &CH &Fr	Cameroun	Formation croix-rouge pour aide-soignante
Etudiante	24	F	Permis B	Cameroun	Formation d'infirmière HES
Etudiante	31	F	B (hors contingent)	Congo Brazzaville	5ème année médecine dentaire
Etudiante	20	F	Permis B	Côte d'Ivoire	2ème année Pharmacie
Etudiante	25	F	B (hors contingent)	Cameroun- aise	3ème année HEDS
Biologiste, Assistant-formateur	44	H	Sénégalais &CH	Sénégal	Dr.en biologie moléculaire
Etudiant	40	H	Permis B	Congo Brazzaville	Master en Microbiologie
Infirmière	?	F	Permis C	RDC	Diplôme d'infirmière
Médecin (carte OMS)	39	F	Permis G	Cameroun	Doctorat en médecine
Aide-soignante	31	F	Permis C	Sénégal	Scolarité non achevée
Etudiante	33	F	Permis C	RDC	Doctorante en Biologie cellulaire
Etudiante	18	F	Permis B	Sénégal	1ère année de médecine
Aide-soignante (était mariée Suisse)	34	F	Permis C	Cameroun	Bac + Certificat aide- soignante
Aide-soignante	37	F	Permis C	Sénégal	Niveau collège
Etudiant	32	H	Permis B	Sénégal	1ère année Pharmacie
Etudiant	40	H	B (hors contingent)	Sénégal	Licence en Biologie
Spécialiste, Chef de clinique	40	H	Permis C	Cameroun	Dr. en médecine
Médecin interne/ Chargé de cours	36	H	Permis B travailleur	Cameroun	Dr. en médecine
Cheffe de clinique	45	H	Permis Ci	Congo Brazzaville	Dr. en médecine
Aide-soignante	41	F	B (hors contingent)	RDC	Formation aide- soignante
Urologue		H	Suisse	RDC et CH	Dr en médecine

Source : Enquête du projet

■ Annexe 1

Le potentiel de développement des migrants transnationaux dans le secteur de la santé : Recherche sur l'Afrique subsaharienne. Ibrahima A. Dia et Ibrahima Guissé

Questionnaire modifié le: 20 June 2006 6:02:00

N'écrire que dans les cases vertes : _____

Initiales de la personne à interroger : _____

Date: _____

Quel âge avez-vous ? _____ ans

Sexe ? _____ H ou F

1. Caractéristiques sociodémographiques et parcours professionnel

L'ordre des questions et des rubriques peut être inversée

1. Quelle est votre nationalité? (Indiquer les différentes nationalités si vous avez la nationalité d'autre(s) pays)

2. Quel est votre statut ?

3. Quel type de permis détenez-vous ?

4. Quel est votre statut matrimonial ?

- 4A. Si marié(e), nombre d'enfants et dépendants en Suisse et ailleurs

5. Quel est votre niveau d'études?

Année d'étude et lieux	Diplôme obtenu

6. Quel est votre parcours professionnel?

Année et lieux de résidence	Poste occupé (Indiquez aussi stages et autres formations)

6A. Travaillez-vous à temps plein ou à temps partiel? _____

- 1 Temps plein
- 2 Temps partiel

6B. Quel est votre poste actuel? _____

7. Quelle est la durée de votre séjour en Suisse? _____

2. Transferts de fonds et investissement

Les questions suivantes concernent les envois monétaires, la périodicité, les destinataires ainsi que leur finalité

8. Est-ce-que vous envoyez de l'argent au pays? _____

- 1 Oui
- 2 Non

9. Quels sont les destinataires de ces fonds? _____

(Cochez une ou plusieurs fois en fonction de votre choix)

- 1 Famille
- 2 Investissement
- 3 Epargne personnel
- 4 Autres (A préciser)

9A. Quels sont vos canaux habituels de transfert des fonds? _____

(Cochez une ou plusieurs fois en fonction de votre choix)

- 1 Institutions spécialisées de transfert d'argent (Indiquez le nom de l'institution: par exemple Western Union)
- 2 Banques
- 3 Poste
- 4 Réseaux de connaissances (Préciser s'il s'agit d'amis, de collègues de travail, etc)
- 5 Autres

- 9B. Quelle est la périodicité de ces transferts? _____
- 1 chaque fin du mois
 - 2 tous les trois mois
 - 3 par an
 - 4 occasionnellement (Préciser quelle occasion ou circonstance)
 - 5 Autres (A préciser)
- 9C. Combien d'argent envoyez-vous au pays? _____
- 1 [0-100]
 - 2 [251-500]
 - 3 [501-1000]
 - 4 [+ 1000]
 - 5 Autres (A préciser)
- 9D. Quels sont les autres types d'envois que vous effectuez? _____
- 1 cadeaux
 - 2 ordinateurs
 - 3 livres
 - 4 matériels et équipements sanitaires
 - 5 Autres (A préciser)
10. Avez-vous entrepris des investissements? _____
- 1 Oui
 - 2 Non
- 10A. Si oui, où est-ce que vous avez entrepris ces investissements? _____
- 1 Pays d'origine
 - 2 Pays d'accueil
- 10B. Quel type d'investissement avez-vous entrepris? _____
- 1 centres de santé/cliniques privés
 - 2 Immobilier
 - 3 transport
 - 4 commerce
 - 5 agriculture
 - 6 Nouvelle technologie de l'information et de la communication
 - 7 Autres (à préciser)
- 10C. Quel bilan faites-vous de ces investissements? _____
- 1 Positif
 - 2 Négatif
 - 3 Autres (à préciser)

3. Rémunération

Les questions suivantes concernent le niveau de salaire et les conditions de rémunération

11. Pouvez-vous nous dire à quoi correspond votre grille de salaire (F.CH) ?
(Cochez la case correspondante) _____
- 1 [0-1000]
 - 2 [1001-2000]
 - 3 [2001-3000]
 - 4 [3001-4000]
 - 5 [4001-5000]
 - 6 [5001-6000]
 - 7 [6001-7000]
 - 8 [+ 7000]
12. Est-ce qu'il y a eu une évolution de votre salaire depuis votre premier emploi en Suisse? _____
- 1 Oui
 - 2 Non
13. Etes-vous satisfait de votre salaire actuel? _____
- 1 Oui
 - 2 Non

■ Annexe 3

Guide d'entretien individuel

Le potentiel de développement des migrants transnationaux dans le secteur de la santé : Recherche sur l'Afrique subsaharienne

Sommaire

- I. Déterminants et causes des migrations internationales
- II. Trajectoires migratoires et conditions d'immigration
- III. Interactions entre les migrants, le pays d'origine et le pays de résidence

I. Déterminants et causes des migrations internationales

• Push Factors

1. Pouvez-vous m'expliquer les raisons de votre décision de partir à l'étranger (raisons professionnelles et familiales) ?
2. Quelle est l'influence des conditions sociales, économiques et politiques, y compris l'état du système de santé dans votre pays d'origine au moment de votre départ dans votre décision d'émigrer ?
3. Quels étaient vos projets et attentes au moment de votre départ à l'étranger ?

• Pull Factors

4. Pouvez-vous m'expliquer les raisons du choix du pays de destination ?
5. Quelles étaient vos sources d'information sur le pays de destination avant d'émigrer ?

II. Trajectoires migratoires et conditions d'immigration

• Parcours migratoire

6. Pouvez-vous nous faire une description de votre itinéraire migratoire ?
7. Pouvez-vous nous parler des vos premières démarches entreprises en Suisse lors de votre arrivée (acquisition du titre de séjour, recherche de logement et accès à l'emploi ou à la formation, etc.) ?

• Condition de vie et de séjour des migrants

8. Quelles sont vos conditions de séjour (statut juridique, type de permis, logement, etc.) en Suisse ?
9. Quelles sont les difficultés auxquelles vous avez été confronté (lois du pays d'origine) en Suisse et quelles stratégies avez-vous adopté pour les aplanir et/ou conditions favorables à votre venue en Suisse ?

- **Cursus et formation**

10. Pouvez-vous nous décrire votre cursus (études, formation et apprentissage, diplômes, bourses et distinctions, publications, études post-doctorales, stages, etc.) dans votre pays d'origine et dans votre pays de résidence. (Précisez à chaque fois l'année d'étude et le lieu d'obtention du diplôme).
11. Avez-vous été confronté à la question de la reconnaissance des diplômes en Suisse ?
12. Si oui, comment avez-vous réglé cette difficulté ?
13. Si étudiant, comment conciliez vous études et travail ? Quelles sont les contraintes ? Quelles sont les stratégies pour les surmonter si contraintes il y a ?

- **Parcours professionnel:**

14. Pouvez-vous nous décrire votre expérience professionnelle depuis que vous êtes en Suisse.
15. Décrivez à chaque fois la nature du contrat de travail (temporaire, permanent, etc.) et les conditions de travail.
16. Comment conciliez-vous responsabilités familiales et professionnelles ?

III. Interactions entre les migrants, le pays d'origine et le pays de résidence

- **Interactions entre les migrants et le pays d'origine**

17. Parlez-nous de vos relations entre les migrants, la famille et les communautés dans le pays d'origine (nature et finalités).
18. Quel est le rôle des nouvelles technologies de l'information et de la communication et autres mécanismes d'échange dans le maintien de ces liens sociaux ?
19. Quelles activités socio-économiques avez-vous initié dans votre pays d'origine ?
 - Activités socio-économiques (y compris dans le domaine de la santé) dans le pays d'origine
 - Nature de l'activité,
 - Obstacles / conditions favorables
 - Finalités.
20. Participez-vous à la vie politique de votre pays d'origine ? Quel regard portez-vous sur la vie politique de votre pays d'origine ?
21. Quel type d'échanges avez-vous avec les professionnels de la santé de votre pays d'origine ?
 - Nature
 - Obstacles
 - Opportunités
 - Finalités
22. Quels sont les impacts socioéconomiques des transferts de fond dans votre pays d'origine (famille, ménage, collectivité locale, etc.) ?
23. Comment contribuez- vous dans le domaine de la recherche et de la formation en santé et dans l'accès aux soins de votre pays d'origine (forme, nature et finalités, etc.) ?

- **Interactions entre les migrants et le pays de résidence**

24. Quelle est la nature de vos échanges avec la population suisse / autres communautés étrangères ?
25. Quelles sont vos initiatives dans le domaine de la recherche et de la formation en santé dans le pays de résidence et impacts au niveau du pays d'origine.
26. Quelles sont vos activités socio-économiques et culturelles en Suisse ?
27. Comment participez-vous à la vie citoyenne en Suisse ?

- **Transnationalisme, mobilité et la question du retour**

28. Quel est votre rôle du migrant dans le rapprochement entre la Suisse et votre pays d'origine ?
29. Quels sont vos projets dans le court, moyen et long terme ?
 - Installation en Suisse,
 - Changement de destination,
 - Retour à votre pays d'origine, etc.)
30. Que pensez-vous de la politique migratoire suisse ?
31. Que pensez-vous du développement du pays d'origine ?
32. Que pensez-vous des relations entre pays d'origine et pays de résidence
33. Que pensez-vous du système de santé de votre pays d'origine ?
34. Que pensez-vous du rôle de la diaspora dans le développement dans leur pays d'origine)
35. Quelles sont vos recommandations et suggestions en termes de politiques et d'actions pour que les migrations soient bénéfiques à la fois à votre pays d'origine et à la Suisse ?

■ Annexe 4

Guide d'entretien pour les autorités institutionnelles

Le potentiel de développement des migrants transnationaux dans le secteur de la santé à Genève : Recherche sur l'Afrique subsaharienne.

Madame, Monsieur

Depuis le 1er février 2006, l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) en partenariat avec le Réseau Universitaire International de Genève (RUIG) et le Département de sociologie de l'Université de Genève, a lancé une étude portant sur « Le potentiel de développement des migrants trans-nationaux dans le secteur de la santé à Genève : Recherche sur l'Afrique subsaharienne ».

Cette étude s'inscrit dans le débat actuel portant sur les liens entre migration et développement. L'objectif principal est de comprendre les stratégies des migrants transnationaux dans le domaine de la santé (professionnels et étudiants) à Genève et d'élaborer des recommandations et des politiques afin que ces migrations puissent être bénéfiques à la fois pour les pays d'origine et pour la Suisse.

Dans cette recherche de type qualitatif, trois groupes nationaux de migrants originaires de l'Afrique subsaharienne sont ciblés: le Cameroun, la République Démocratique du Congo et le Sénégal.

Nous vous prions de bien vouloir réserver un accueil favorable aux deux chercheurs mandatés pour les besoins de l'étude.

Sommaire

- I. Politiques migratoires en Suisse et politiques en matière de migration et santé.
- II. Besoins en ressources humaines dans le secteur de la santé et politiques de recrutement des migrants qualifiés en Suisse.
- III. Caractéristiques, causes et impacts des migrations du personnel de la santé dans le canton de Genève et en Suisse.
- IV. Coopération en santé et développement entre la Suisse et les pays de l'Afrique subsaharienne et implications en termes de politiques et d'actions

Question d'introduction :

1. Quel est le rôle de votre institution en matière de migration/développement/santé ?
2. Quel est votre rôle dans le cadre de votre institution ?

I. Politiques migratoires en Suisse et politiques en matière de migration et santé.

1. Pouvez-vous nous parler :
 - i) de la politique migratoire suisse dans ses grandes lignes ;
 - ii) de la politique suisse en matière de migration et santé ;
 - iii) de la politique suisse en matière de migration internationale du personnel de la santé ;
 - iv) de la place des pays de l'Afrique subsaharienne dans la politique migratoire suisse en général et la politique migration et santé en particulier (y inclus migration du personnel de la santé) ?

II. Besoins en ressources humaines dans le secteur de la santé et politiques de recrutement des migrants qualifiés en Suisse.

1. Pouvez-vous nous expliquer les caractéristiques du marché du travail en Suisse et les besoins en ressources humaines dans le secteur de la santé à Genève et en Suisse ?
2. Pouvez-vous nous parler :
 - i) des procédures de recrutement international des professionnels de la santé étrangers en Suisse ;
 - ii) des principales catégories de professionnels de la santé et des principaux pays ciblés ;
 - iii) des acteurs non étatiques qui sont impliqués dans le recrutement des professionnels de la santé étrangers ?

III. Caractéristiques, causes et impacts des migrations du personnel de la santé dans le canton de Genève et en Suisse.

1. Selon vous, que deviennent les étudiants en santé étrangers à la fin de leur formation en Suisse ?
2. Parlons maintenant des liens entre les migrations d'étudiants et les migrations de professionnels de la santé originaires de pays en développement en Suisse.
3. Parlons ensuite :
 - i) des causes des migrations des personnels de la santé africains à Genève et en Suisse ;
 - ii) de la place des professionnels de la santé africains dans le marché du travail à Genève et en Suisse et
 - iii) de leurs conditions de travail.

IV. Coopération en santé et développement entre la Suisse et les pays de l'Afrique subsaharienne et implications en termes de politiques et d'actions

1. Parlons:
 - i) de la politique de coopération en santé du Canton de Genève et de la Suisse avec les pays africains ;

- ii) des bonnes pratiques en matière de coopération dans le domaine de la santé avec les pays de l'Afrique subsaharienne ;
- iii) des échanges que vous avez établis avec les pays de l'Afrique subsaharienne dans le domaine de la santé et du développement (nature, finalité, structures et acteurs impliqués, bénéficiaires, réalisation, contraintes, etc.) ;
- iii) des mécanismes d'appui étatique ou autres visant à promouvoir les systèmes de santé et à renforcer les compétences dans ce domaine en Afrique subsaharienne ;
- iv) des politiques qu'il faudrait mettre en œuvre pour que les migrations du personnel de la santé soient bénéfiques à la fois pour la Suisse et les pays de l'Afrique subsaharienne.

*PS : Pouvez- vous nous suggérer un ou des contacts individuels et institutionnels dans le domaine de la santé pour les besoins de notre enquête sur le potentiel de développement des migrants transnationaux dans le secteur de la santé à Genève: Recherche sur l'Afrique subsaharienne.
Merci de votre collaboration !*

■ Annexe 5

Le potentiel de développement des migrants transnationaux dans le secteur de la santé en Suisse

Recherche pour informer le dialogue politique international

Contexte et questions pour le « Focus Group »

Contexte

La question de la santé des populations, constitue une dimension importante et un préalable à toute activité de développement – économique, social et culturel. Or le constat s'impose que la question sanitaire en Afrique reste problématique. La question du Sida, le paludisme qui est une maladie méconnue ici en Europe, et d'autres maladies que vous connaissez parfaitement, constituent autant d'entraves au développement de l'Afrique. A cette situation s'ajoute, le choix ou l'option du personnel africain de la santé de quitter le pays d'origine, soit pour se former en Europe, soit pour travailler en Europe, la Suisse en ce qui nous concerne. Cette situation qui s'explique par des conditions de travail difficiles dans la plupart des pays africains, aggrave le déficit de personnel africain qualifié dans les pays d'origine, même si les compétences et qualifications acquises à l'étranger constituent un potentiel de développement pour l'Afrique.

- **Comment mobiliser et valoriser au mieux les compétences et expériences dont sont dépositaires les professionnels de la santé d'origine africaine ici en Suisse et à Genève, dans l'intérêt des pays d'origine ?**

Contexte

Des études ont montré, que face au contexte socio-économique de l'Afrique décrit ci-dessus, les transferts de fonds des africains à l'étranger, constituent un appui inestimable pour les populations restées au pays et représentent un des facteurs de développement de l'Afrique. Mais nous pensons que la question des transferts de fonds, si importante soit elle, ne constitue qu'une des nombreuses stratégies - il y a par exemple les investissements directs, la construction de cases de santé, l'appui en logistique sanitaire, les transferts de compétences, etc., - que mènent les migrants en faveur de leurs pays.

- **Pouvons-nous discuter des expériences ou initiatives concrètes, visant à améliorer les conditions de vie des populations restées au pays ?**

Contexte

Il y a consensus quant aux nombreuses contributions des migrants africains au développement de l'Afrique. Il y a également un constat que les compétences des professionnels africains de la santé exerçant leurs métiers à l'étranger, bénéficient davantage à leur pays d'adoption qu'au pays d'origine. Ceci peut s'expliquer peut-

être par des contraintes à la mobilité : il peut arriver par exemple que vous ayez envie de mettre vos compétences au service de votre pays d'origine, mais votre statut juridique ne vous permet pas des séjours prolongés ailleurs.

- **A votre avis, quelles mesures peuvent être adoptées par les décideurs politiques (ici et dans le pays d'origine) afin de maximiser les contributions des professionnels de la santé que vous êtes, aux stratégies de développement de votre pays d'origine et mieux utiliser ces capacités ici en Suisse?**
- **Est-ce que la valorisation des contributions pour le pays d'origine passe par un retour au pays d'origine ?**
- **Quel message voudriez-vous passer aux autorités de votre pays d'origine et suisses ?**

Notre étude est qualitative et emploie une méthode boule de neige. Afin d'élargir notre échantillon de participants, nous vous serions très reconnaissants si vous pouvez nous indiquer **d'autres contacts** qui seraient intéressés de participer à cette étude, ainsi que **d'autres lieux de travail ou d'étude**, où nous pourrions rencontrer des professionnels et étudiants de la santé d'origine africaine.

■ Annexe 6

Agenda Table Ronde

« Le potentiel de développement des migrants transnationaux dans le secteur de la santé à Genève : Recherche sur l'Afrique subsaharienne »

Lundi 5 mars 2007

14h00 à 18h00

Organisation internationale pour les migrations (OIM)

17, Route des Morillons

CP 71 CH 1211, Genève 19

(La Salle de Réunion du BIE vous sera indiquée à l'accueil de l'OIM)

Organisateurs

Organisation internationale pour les migrations (OIM), le Département de Sociologie de l'Université de Genève, le Réseau Universitaire International de Genève (RUIG)

<i>13h00 : Accueil de l'OIM ouvert pour le retrait des badges</i>	
<i>14h00 : Début de la Table Ronde</i>	
14h00 -14h30	<p>Ouverture de la Table Ronde</p> <p>OIM, Frank Laczko, Directeur de la Recherche et des Publications RUIG, Randall Harbour, Secrétaire exécutif, Réseau universitaire international de Genève UNIGE, Sandro Cattacin, Professeur, Directeur du Département de Sociologie de l'UNIGE</p>
14h30 -15h15	<p>Présentation des principaux résultats et recommandations du Rapport préliminaire</p> <p>Modérateur : Claudio Bolzman, UNIGE</p> <p>Dina Ionesco, Ibrahima Guissé, Ibrahima Dia, OIM/UNIGE</p> <p>Questions</p>
15h15 -15h45	<p>Mise en perspective:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspective migration : Janine Dahinden, Forum Suisse pour les Migrations • Perspective développement : Markus Reisle, Direction du Développement et de la Coopération, Suisse • Perspective Professionnel de la santé migrant: Aaron Vunda, médecin chirurgien
15h45 -16h00	<i>pause</i>

16h00 - 17h00	Débat général Modérateur : Claudine Burton Jeangros, UNIGE
17.h00 - 18h00	Conclusions et Perspectives
18h00 Les discussions seront suivies de rafraichissements à 18h00.	

Détails pratiques:

Table Ronde

Lundi 5 Mars 2007, 14h00 -18h00

Ouverture accueil à 13h00

Langue de travail: français

Suivi de rafraichissements

Lieu : Organisation internationale pour les migrations (OIM)

La salle vous sera indiquée à l'accueil de l'OIM où vous devez retirer un badge visiteur

17, Route des Morillons

CP 71 CH 1211, Genève 19

No de téléphone pour l'accueil : 022 717 91 11

Bus : 28, F, 8 et 5

Institutions identifiées pour la participation à la table ronde

- les institutions suisses chargées des questions migratoires : Office Fédéral des Migrations, Département Fédéral des Affaires Etrangères ;
- les institutions suisses chargées de la coopération et du développement : Direction du Développement et de la Coopération Suisse;
- les institutions suisses chargées des questions de la santé : Office Fédéral de la Santé Publique ;
- les institutions de l'Etat et de la municipalité de Genève : Département de l'Economie et de la Santé de l'Etat de Genève, Département de la Solidarité et de l'Emploi de l'Etat de Genève, l'Hospice Général, Guichet PME-PMI de Genève, Office Cantonal de l'Emploi, Office Cantonal de la Statistique ;
- les professionnels employeurs de la santé: hôpitaux et cliniques genevois publics et privés, les établissements médicaux spécialisés, centres d'action sociale et de santé, instituts de santé, pharmacies, etc. ;
- les associations et fondations non-gouvernementales : Fédération genevoise de Coopération, La Maison des Associations, *Medicus Mundi*, *International Council of Nurses*, *Migrant Rights International*, Fondation la Roseaie, Fondation Mode d'Emplois, le Comité International de la Croix Rouge, la Croix Rouge Suisse, *Helvetas*, *Swissaid* la Fondation Nestlé pour l'étude de la nutrition dans le monde;
- les associations internationales de promotion des diasporas africaines : *Africa Recruit*, *Afford*, *African Axis*, *African Capacity Buliding Foundation (ACBF)*, *Africagora*, *African Renaissance Ambassador (ARA)*;

- les organisations internationales: OIM (siège à Genève et bureau pour la Suisse à Berne), Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Bureau International du Travail (BIT) ;
- les syndicats (Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs (SIT) ;
- les missions permanentes auprès de l'ONU et organisations affiliées des pays d'origine : Cameroun, Sénégal, République Démocratique du Congo ;
- les institutions universitaires : la Faculté de Médecine de Genève, l'Université de Genève, la Haute Ecole d'Etudes Internationales, *Webster University*, le Forum Suisse pour les Migrations de Neuchâtel, l'Université de Lausanne, l'Université de Berne, Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne, etc.

Bibliographie générale

- Aikan L.H., Buchan J., Sochalski J., Nichols B., and Powell M.
2004 “Trends in international nurse migration”, *Health Affairs*, 23 (3)
Global Scholarship Alliance: Program launched to reverse global nursing crisis. <http://www2.pro-ns.net/~scottgs/press2.htm>, *The State Employee* 2003, 17(366):
- Ambert Batata, S.
2005 “International nurses recruitment and NHS vacancies: a cross-sectional analysis” *Globalization and Health*, <http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/7>
- Achermann C., Chimienti M., Stants F.
2006 *Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. SFM Neuchatel
- Awases, M. A., Gbary J., Nyoni, Chatora R.
2002 *Migration of Health Professionals in 6 countries: A synthesis report* OMS
- Bach S.
2003 *International migration of health workers: Labour and social issues*. <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf>, Geneva: International Labour Office
- Basch, L.; Glick Schiller, N.; Blanc-Szanton, C. (Hgg.)
1994 *Nations Unbound. Transnational Projects, Postcolonial Predicaments and Deterritorialized Nation-States*, New York
- Beecham, L.
2002 “UK government should stop recruiting doctors from abroad”, *BMJ* 2002; 325: 66.
- Beine M., Docquier F. and Rapoport H.
2001a “Brain drain and economic growth: theory and evidence”, *Journal of Development Economics*, v64, n1 (February) pp. 275–89.
2001b “Brain drain and growth in LDCs: winners and losers”, Paper presented at European Economic Association Congress, August.
- Bertaux, D.
1980 *L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités*, In : Cahiers internationaux de sociologie, vol 69, pp.200-201.

- Bloch, A.
2005 *The Development Potential of Zimbabweans in the Diaspora*, IOM Migration Research Series
- Bloom, G. and Standing, H.
2001 "Human Resources and Health Personnel", *Africa Policy Development Review*, 1 (1): 7-19
- Bolzman C.
1996 *Sociologie de l'exil : une approche dynamique*, Seismo
- Bolzman C. Fibbi R., et Vial M.
2003 *Secondos – Secondas, Le processus d'intégration des jeunes adultes issus de la migration espagnole et italienne en Suisse*, Seismo
- Bulletin of the OMS
2004 82(8):587-594. "Anonymous: Overseas recruitment: planet poaching or doing a world of good?", *Health Service Journal*, 114(5914):8-9.
- Buchan, J.
2002 *International recruitment of nurses: UK case study. Report based on research funded by the OMS, the International Council of Nurses and the Royal College of Nursing*, Unpublished document
- Buchan J, May F.
1999 "Globalisation and healthcare labour markets: a case study from the United Kingdom", *Human Resources for Health Development Journal*, 3(3):199–209.
- Buchan J.
1999 "The 'greying' of UK nursing workforce: implications for employment, policy and practice", *Journal of Advanced Nursing* 30 (4): 818-826.
- 2004 *International rescue? The dynamics and policy implications of the international recruitment of nurses to the UK.*
- Buchan, J. und Dovlo, D.
2004 *International recruitment of health workers to the UK: A report for DFID*, Department for International Development, DFID Health Systems Resource Centre, London.
- Buchan J., Jobanputra, R., et Gough, P.
2004 "London calling? The international recruitment of health workers to the capital", *London: King's Fund*, <http://www.kingsfund.org.uk/pdf/internationalrecruitment.pdf>

- Bundred, P.E., and Levitt C.
2000 "Medical migration: OMS are the real losers?" *The Lancet* 2000; 356: pp. 245–46.
- Buerhaus, P. ; Staiger, D.; and Auerbach, D.
2000 "Implications of an ageing registered nurse workforce", *Journal of the American Medical Association*, 283 (22), 2948-54
- Bureau of Health Professions
2002 *Projected supply, demand and shortages of registered nurses: 2000-2020*, <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/rnproject/report.htm>.
- Cattacin S., Chimenti M et al.
2001 « Migration et santé » : priorités d'une stratégie d'intervention, Rapport de recherche 18/2001, FSM, Neuchâtel
- Casteles S.
1984 (en collaboration avec Booth, H. et Wallace T.), *Here for Good*, London, Pluto Press
- Chikanda A.
2004 Skilled health professionals migration and its impact on health delivery in Zimbabwe, <http://www.compass.ox>
- Commission d'experts en migration
1997 *Une nouvelle conception de la politique migratoire en matière de migration*, Berne
- Clark, P., Stewart J. B., et Clark D. A.
2006 *La mondialisation du marché du travail des personnels de santé*
- Commonwealth Secretariat
2001 *Health Ministers set priorities* 29 November, http://www.thecommonwealth.org/press/31555/34582/34889/health_ministers_set_priorities.htm
- Danso, K.
1995 "The African brain drain: causes and policy prescriptions." *Scandinavian Journal of Development Alternatives*, 14(1-2), 249-264
- Department of Health
2000 "The NHS plan. A plan for investment. A plan for reform. London, Department of Health"
- De Rham G.
2002 « Y a-t-il un modèle suisse d'intégration des immigrés », In : *Swiss Journal of Sociology*, 28 (3), pp. 529-546

DE TAPIA S.

1996 « *Echanges, transports et communications : circulation et champs migratoires turcs* ». *Revue Européenne des Migrations Internationales*, Volume 12 , Numéro 2 , p. 45-71.

DFID

2000 Eliminating world poverty: making globalization work for the poor. White Paper on international development presented to Parliament by the Secretary of State for International Development by Command of Her Majesty December

Dixon, A.; Mossialos, E.

2001 Funding health care in Europe: recent experiences. In: Harrison T, Appleby J. , editors. *Health care UK*, London: King's Fund

Dorrington, R.D., Bourne, et al.

2001 The impact of HIV/AIDS on adult mortality in South Africa, Medical Research Council, South Africa

Dovlo, D.Y.

1999 Report on issues affecting the mobility and retention of professionals in Commonwealth African States, Unpublished Report for Commonwealth Technical Support Group.

Dovlo, D., and Nyonator, F.

1999 "Migration by Graduates of the University of Ghana Medical School: A preliminary rapid appraisal."

Dovlo, D.

2002 *Retention and deployment of health workers and professionals in Africa. Consultative meeting on improving collaboration between health professions and governments in policy formulation and implementation of health sector reform*, Addis Ababa, Ethiopia, January 28- February 1, 2002

Dixon, A and E. Mossialos (Eds.)

2002 *Health care systems in 8 countries: trends and challenges*. London, European Observatory on Health Care Systems

Efonayi -Mäder D., Moret J., et Pecararo M.

2005 *Trajectoires d'asile africaines. Déterminants des migrations africaines d'Afrique occidentale en Suisse*, SFM – Rapport de recherche 38 A

Faist T.

2000 Transnationalization in international migration: Implication for the study of citizenship and culture

- Fibbi R.
2005 *Mesures contre les discriminations à l'embauche*, SFM, Neuchâtel, 125p.
- Fibbi R. et Cattacin S., 2000, "Vers une internationalisation de la politique migratoire suisse?" in *Revue européenne des Migrations Internationales*, (16) 3 Pp. 125- 146
- Findlay A.
2001 *From brain exchange to brain gain: policy implications for the UK of recent trends in skilled migration from developing countries*. Geneva: International Labour Office
- Forcier, M. B., Simoens, S. und Giuffrida, A.
2004 Impact, regulation, and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health* 2 (12)
- Gabadinho A., Wanner Ph., Dahinden J.
2007 *La santé des populations migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM.*, FSM Neuchâtel
- Ghana, Government of Republic
1999 *Health Sector Review*
- Ghana, Ministry of Health and Health Patterns
2000 "Chap VII: Human Resource Strategies", *In consolidating the Gains: Managing the Challenges*.
- Gish, O. and Godfrey M.
1979 "A reappraisal of the 'brain drain' with the special reference to the medical profession", *Soc Sci Med* [Med Econ 13 C(1): 1-11]
- Glaser B.G., Strauss A.L
1973 *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Chicago, Aldine
- Glick Schiller, N. (Ed.)
1992 *Towards a Transnational Perspective on Migration: Race, Class, Ethnicity, and Nationalism Reconsidered*. New York.
- Guigni M., et Passy F.
2006 *La citoyenneté en débat. Mobilisations politiques en France et en Suisse*, L'Harmattan
- Guissé I.
2002 « Migrations étudiantes africaines à Genève. Conditions de vie et devenir professionnel » Département de Sociologie, Université de Genève

- Hagopian A., Ofonu A., Adesegun F., Richard B., Ama E., L. Gary Hart, Caroline Watts
 2005 “The flight of physicians from West Africa: Views of African physicians and implications for policy”, *Social Science & Medicine* 61 1750-1760
- Hammar T. (éd)
 1985 *European Immigration policy - A comparative study*, Cambridge University Press
- Henry, L. et Mohan, G.
 2003 “Making homes: The Ghanaian Diaspora, Institutions and Development”, *Journal of International Development J. Int. Dev.* 15, 611-622
- Huddart, J.O., Picazo A., et al.
 2003 *The Health Sector Human Resources Crisis in Africa : An Issues Paper* United States Agency for International Development, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development Washington, DC
- Ionesco D.
 2006 Engaging Diasporas as Development Partners for Home and Destination Countries: Challenges for Policymakers, IOM Geneva
- International Herald Tribune
 2001 *Brain drain costly, African report says.* 18 October
- Joint Learning Initiative
 2004 *Human Resources for Health Overcoming the Crisis*, The President & Fellows of Harvard College
- Journal of Health Services Research & Policy
 2004 9(S1):10-16.
- Kangasniemi, M., Winters, L.A. and Commander, S.
 2004 “Is the medical brain drain beneficial? Evidence from overseas doctors in the UK”
- Kaya B., Niessen J., et al.
 2005 *Current immigration debates in Europe: A publication of the european migration dialogue. Switzerland.* Brussels/Neuchâtel
- Lerch M., et Wanner P.
 2006 *Les transferts de fonds des migrants albanais. Facteurs déterminants leur réception*, SFM, Neuchâtel.
- Lerch M., Dahinden J. et Wanner P.
 2006 *Remittance Behaviour of Serbian migrants living in Switzerland*, SECO.

- Lévy R., Joye D., Guye O., et Koffmann V.
1998 *Inégalités sociales en Suisse*, Zurich, Seismo
- Loi fédérale sur les étrangers (LEtr)
2005 texte adopté le 16 décembre 2005, [http://www.parlement.ch/f/do-
auslaendergesetz](http://www.parlement.ch/f/do-
auslaendergesetz)
- Loutan L., Subila L.
1995 Torture et violence organisée: leurs conséquences sur les réfugiés et
requérants d'asile, Médecine et Hygiène
- Lowell B.L., & Findlay, A.M.
2002 *Migration of Highly Skilled Persons from Developing Countries: Impact
and policy responses* - Synthesis Report, International Migration
paper No.44. Geneva, International labour Office
- Mangwende, B.
2001 Health sector records massive brain drain, Daily news [Zimbabwe]
10-04
- Mahnig H., Piguet E.
2003 « La politique suisse d'immigration de 1948 à 1998 : évolution et
effets », In : dir Wicker H-R, Fibbi R, Werner H *Les migrations et la
Suisse*, Seismo, Zurich, pp.63-101
- Marengo M.
2000 « Les trajectoires migratoires entre mythes et nouvelles identités.
L'exemple des Italiens du canton de Vaud », in Centlivres P. et Girod I.
(sous la dir.) *Les défis migratoires. Actes du colloque de Cluse-* Seismo
pp.441-448.
- Maggi J., Cattacin S.
Needed Basic Research in "Migration and Health", 2002-2006 in
Switzerland. SFM; Neuchatel
- Mulholland H.
2003 "UK agrees health staff swap with South Africa" The Guardian. 24.
October.
- Ndiaye J-P.
1962 *Enquête sur les étudiants noirs en France*, Paris, Réalités africaines.
- Martineau T., Decker K., Bundred P.
2002 Briefing note on international migration of health professionals:
leveling the playing field for developing country health systems.
Liverpool School of Tropical Medicine
- Martineau T, Decker K, Bundred P.
2004 "Brain drain of health professionals: from rhetoric to responsible
action", *Health Policy*, 70:1-10.

- Meija, A., et Pizurki H.
1976 «World migration of health manpower » OMS Chronicle 30 : 455-460
- Mehmet
2002 *The emerging global labor market: some implications for international health (2nd draft)* OMS Consultation on imbalances in the health workforce. Ottawa 10-12 March 2002 (unpublished)
- Migrant DRC, Briefing n° 6 March
2006 *Skilled migration: Healthcare policy options*, http://www.migrationdrc.org/publications/briefing_papers/BP6.pdf
- Mountford, A.
1997 “Can a brain drain be good for growth in the source economy?”, *Journal of Development Economics* v53, n2 (August), pp. 287–303.
- Mutizwa-Mangiza
1998 *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Major Applied Research 5, WP 4, Partnership for Health Reform, Bethesda, Abt Associates
- National Audit Office
2001 *Educating and training the future health professional workforce for England*. London: The Stationery Office
- Ndlovu, R.J.; Bakassa, R.V.; Munodawasafa, A.; Mhlangu, N., and Nduna, S.
2001 “The situation or nursing in Zimbabwe”, *Africa Policy Development Review*, 1(1): 41-73
- OCDE
2001 *Tendances des Migrations internationales* : SOPEMI, OCDE Paris
2007 *Perspectives des migrations internationales*, OCDE, Paris
- Office Fédérale des Migrations (ODM) Directives LSEE concernant l’admission de médecins et médecins assistants pratiquant la médecine classique en milieu hospitalier ou clinique
2005 http://www.auslaender.ch/rechtsgrundlagen/rechtsquellen/weitere/aerzte/15_02_05_f.asp
- Office fédéral de la statistique Suisse
2005 *Internationalité des hautes écoles suisses – Etudiants et personnel : un état de la situation*, Neuchâtel.
- OFSP Confédération Berne
2006 « Migration et santé 2002-2007 » 2008, « Migrations et santé » 2008-2013

- OMS
1997 Constitution and the Brain Drain problem in Africa, African Regional Office of the OMS
- 2002 Technical consultation on Imbalances in the health workforce Ottawa, Canada 10–12 March
- 2004 « Migration de professionnels de la santé dans six pays », Rapport de synthèse
- Pang, T., Lansang, M.A., et al.
2002 “Brain drain and health professionals”, *British Medical Journal*, 324 (7336), 499-500
- Perregaux C.
2004 « En Suisse : tensions entre politique migratoire et droit à l'éducation » *L'éducation en débats : analyse comparées*, vol 2, Revue Académique électronique, Haute Ecole Pédagogique, BEJUNE
- Piguet, E. et Mahnig, H.
2000 *Quotas d'immigration : L'expérience suisse Service des migrations internationales*, BIT, Genève.
- Piguet, E., Ravel JH.
2002 *Les demandeurs d'asile sur le marché du travail suisse, 1996 - 2000.*, FSM, Neuchâtel
- Piguet, E. et Losa S.
2002 « Travailleurs de l'ombre ? Demande de main-d'œuvre du domaine de l'asile et ampleur de l'emploi d'étrangers non déclarés en Suisse », Zurich, Seismo
- Regional Network for Equity in Health in South Africa (EQUINET), Health Systems Trust (South Africa) & MEDACT (UK)
2003 *Health Personnel in Southern Africa: Confronting mal distribution and brain drain*
- Stilwell, B., et al.
2004 “Managing Brain Drain and Brain Waste of Health Workers in Nigeria.” Geneva: WHO. Website. http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/82/stilwell1/en/, accessed 16 March 2006.
- Stotzer U., DEfionayi-Mäder D., Wanner Ph.
2007 *Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier. Analyse des lacunes existantes et recommandations.*, SFM, Neuchâtel
- Stark, O and Wang, Yong
2002 “Inducing human capital formation: migration as a substitute for subsidies”, *Journal of Public Economics*, v86, n1, pp. 29–46.

- Tarrius A.
1996 « Territoires circulatoires des migrants et espaces européens », in Berthelot, J-M et Hirschhorn M, édés, *Mobilités et ancrages*, Paris : L'Harmattan
- Taverna E.
2006 « Migrations médicales » *Bulletin des médecins suisses* | Schweizerische Ärztezeitung | Bollettino dei medici svizzeri 87: 4
- Tribalat M.
1995 *Faire France : une enquête sur les immigrés et leurs enfants*, Paris, La Découverte
- Pang T., Lonsang M., Haines A.
2002 “Brain drain and health professionals. A global problem needs global solution”, *BMj* volume 324, 2 March
- Vidal, J-P.
1998 “The effect of emigration on human capital formation”, *Journal of Population Economics*, v11, n4 (December), pp. 589–600.
- Weiner R., Mitchell G., Price M. Wits, Medical graduates
1998 Where are they now? *S Afr J Sci*
- Wicker H-R., Fibbi R., Werner H. (dir)
2003 *Les migrations et la Suisse*, Editions Seismo, Zurich
- World Bank
2001 Global economic prospects and the developing countries: 2002 Washington, WB

Global economic prospects, Washington DC, World Bank

Bibliographie ouvrages OIM

En langue française :

- OIM
2000 *Etat de la Migration dans le Monde*, OIM, Genève.
- 2002 *Migrations pour le développement en Afrique (MIDA). Programme de renforcement des Capacités dans les pays Africains*, Organisation Internationale pour les Migrations, Genève.
- Vers une Stratégie de l'OIM en matière de migration et développement*, Conseil de l'OIM. OIM, Genève."
- 2003 *Les Essentiels de la Gestions des Migrations*, Volumes 1, 2 et 3. OIM, Genève.
- 2005 Dialogue International pour les Migrations, n° 7 - Gestion du mouvement de personnes, OIM, Genève.
- 2005 *Dialogue International pour la Migration, n°8 - Intégrer les phénomènes migratoires dans les agendas des politiques de développement*, OIM, Genève.
- 2005 *Transferts de fonds dans la Région des Grands Lacs*, De Bruyn T., and Wets J., OIM, Genève.
- 2006 *Contribution de l'OIM au Dialogue International de Haut Niveau sur la Migration et le développement*. OIM, Genève.
- 2006 *Rapport Final de la Conférence Ministérielle des Pays les moins développés sur la maximisation de l'impact développemental des transferts de fonds*, OIM, Genève.
- 2006 *Migration et Développement, papiers de la conférence « Migration et Développement » de Bruxelles*, OIM, Genève et Gouvernement du Royaume du Belgique avec le soutien de la Commission Européenne et de la Banque mondiale http://www.migrationdevelopment.org/fileadmin/data/conference/conclusions/Conclusions_FINAL_FR_01.pdf
- 2007 *Dialogue International pour les Migrations, n°9 Migration et les ressources humaines pour la santé*, OIM, Genève.
- 2007 *Glossaire de la Migration*, OIM, Genève.

A venir *Le Potentiel de développement des migrants d'Afrique subsaharienne dans le secteur de la santé à Genève*, en collaboration avec l'Université de Genève et le Réseau universitaire international de Genève (RUIG), OIM Ionesco D., Dia I., Guisse I.

A venir *Etat de la migration dans le monde 2008 – Gestion de la mobilité de la main-d'œuvre dans une économie mondiale en mutation*, OIM, Genève.

OIM & Confédération Suisse / Office Fédéral des Migrations (2004)
2004 *L'Agenda international pour la gestion des migrations : perceptions communes et pratiques efficaces s'inscrivant dans une approche d'ensemble planifiée et équilibrée de la gestion des migrations (Initiative de Berne)*, http://bfm.mit.ch/fileadmin/user_upload/Themen_deutsch/Internationales/The_Berne_Initiative/IAMM_F.pdf

OIM, Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et *Centres for Disease control and prevention (CDC)*

2005 *Dialogue International pour les Migration n°6, Santé et Migrations*. OIM, Genève.

OIM, *African Capacity Building Foundation (ACBF)*

2007 *Migration Développement et Réduction de la Pauvreté*. OIM, Genève.

En langue anglaise :

IOM

2001 *IOM Temporary Return of Qualified Nationals*, <http://www.iom-nederland.nl/programmas/index.asp?treeId=107&langId=2>

2001 *The Link between Migration and Development in the Least Developed Countries: IOM's Vision and Pragmatic Approach*. IOM: Geneva, IOM MIDA Ghana Health Project, <http://www.iom-nederland.nl/programmas/index.asp?treeId=87&langId=2>, *International Legal Norms and Migration*. IOM, Geneva.

2004 *The Migration of Health Care Workers: Creative solutions to manage health workforce migration*, Seminar on Health and Migration, 9-11 June Session III B- Migration of health care workers

2005 *The Millennium Development Goals and Migration*, *Migration Research Series 20*, IOM, Geneva.

2005 *World Migration Report, Costs and Benefits of International Migration*. IOM, Geneva.

2006 *Engaging diasporas for development, challenges for policy makers*, *Migration Research Series (MRS) 26*, Ionesco, D., IOM, Geneva.

- 2006 “Country of origin commitments to facilitate labour migration and prevent irregular migration”, Nonnemacher S., IOM, Geneva.
- 2007 *Diaspora Dialogues*. IOM, Geneva.
- 2007 *Compendium of International Migration Law Instruments*, IOM, Geneva.
- 2007 *International Migration Law: developing Paradigms and Key Challenges*, IOM, Geneva.
- A venir *Migration and Development, Perspectives from the South*, IOM, Geneva.
- IOM, OSCE, ILO
- 2006 *Handbook on Establishing Effective Labour Migration Policies in Countries of Origin and Destination*, IOM, Geneva.
- Farrant M., Mac Donald A. and Sriskandarajah D.
- 2006 *Migration and Development: Opportunities and Challenges for Policy Makers (MRS)*, 22, IOM, Geneva.
- Gosh B. (ed)
- 2000 *Return Migration: Reshaping Policy Approaches, Return Migration: Journey of Hope and despair*, IOM/UN, Geneva.
- 2006 *Migrants’ Remittances and Development, Myths, Rhetoric and Realities*, IOM and the Hague Process, IOM Geneva.
- Nyberg Sorensen N., Danish Institute for Development Studies
- 2004 *Migrant Remittances as Development tools, the Case of Morocco*, Migration Policy Working Paper Series, IOM.
- Nyberg Sorensen N. Ed
- 2007 *Living Across worlds: diasporas, development and transnational engagement*, IOM, Geneva



OIM Organisation internationale pour les migrations