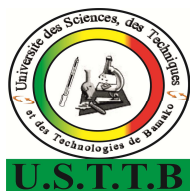


Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Université des sciences, des techniques
et des technologies de Bamako (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE
(FMOS)

Année Universitaire : 2013-2014

Thèse N°

TITRE

DETERMINANTS, ENJEUX ET PERCEPTIONS DE
L'EMIGRATION DES MEDECINS AU MALI

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le...²⁶.../...⁰⁷.../2014 à Bamako
devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Monsieur **ADAMA OUMAR DIARRA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Professeur Seydou DOUMBIA

Membres : Docteur Niélé Hawa DIARRA

Docteur Lalla Fatoumata TRAORE

Directeur de Thèse : Professeur Samba DIOP

DEDICACES

Au Nom **D'Allah** Le Clément, Le Miséricordieux, le Roi de l'univers, qui de par Sa miséricorde, nous a permis d'achever cette œuvre ;

Ô Allah notre Seigneur ! À toi la louange comme tu nous as créés, nous as attribué la subsistance, nous as guidés, nous as enseigné, nous as sauvés et nous as accordés une issue !

À Toi la louange pour la foi, à toi la louange pour l'islam, à toi la louange pour le Coran et à toi la louange pour la famille, les biens et la bonne santé !

Tu as frustré notre ennemi et élargi notre subsistance ! Tu nous as accordé la sécurité et nous as réunis après nos dissensions ! Tu nous as bien préservés dans notre santé et tout ce que nous t'avons demandé, Ô notre Seigneur, tu nous l'as accordé !

À toi donc la louange un grand nombre de fois pour tout ceci. À Toi la louange pour tout bienfait dont tu nous as fait grâce anciennement ou récemment, secrètement ou publiquement, particulièrement ou de façon générale, à nos vivants et nos morts, de façon apparente ou cachée.

À Toi la louange jusqu'à ce que tu agrées et à Toi la louange lorsque tu as agréé. Enfin, que la prière et la paix soient sur notre prophète Mohammed (SWS) ainsi que sur sa famille et ses compagnons.

Je dédie ma thèse à l'ensemble des personnes suivantes, afin de leur rendre l'honneur qui leur est dû. Je leur présente également mes plus sincères reconnaissances.

Papa Jon STEINER, mon Parrain ; à qui je présente ici un remerciement du fond de cœur pour son soutien indéfectible depuis mes premiers pas à l'université.

Il a fait de telle sorte que je n'aie pas de souci pour faire mes études durant tout mon cycle.

Je lui présente ici toute ma gratitude et ma reconnaissance éternelle. Tu es un Papa !

Feu Oumar et Mariam, mes parents

Pour m'avoir permis de saisir ma chance

J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondé en moi.

Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

Mes sœurs et frères, pour n'avoir jamais douté de moi !

L'ensemble de mes amis de la FMOS/FAPH, et plus particulièrement ceux de ma promotion,

Pour ces années merveilleuses

Feu **Souleymane** et Feue **Salimata**, mes grands-parents

Vous m'avez bercé depuis ma petite enfance, vous avez été une mère et un père pour moi. C'est à travers vous que j'ai connu l'amour maternel et paternel.

Puisse Dieu Tout Puissant vous accorder Sa clémence, Sa miséricorde et vous accueillir dans Son saint paradis.

Vous comptez parmi mes plus grandes joies, votre absence restera parmi mes plus grandes peines. Depuis tant d'années, depuis le début, toutes deux m'avez accompagné précisément jusqu'ici : puisse ce travail en témoigner.

Avec toute l'affection qu'il m'est possible de placer dans ces mots, je vous dédie chacune de ces pages ; toutes vous appartiennent.

L'ensemble de ma famille et de mes amis.

A mes frères et sœurs

Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous.

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.

A Boubacar MEMINTA

Tu es un ami et un frère pour moi. Nous avons évolué ensemble depuis le second cycle. Je me souviens des moments que nous avons passés ensemble. Merci pour ta générosité et ton soutien. Je n'oublierai jamais tes gestes de bonté envers moi.

Que Dieu te procure tout le bonheur que tu mérites. Bonne chance à ta carrière de pharmacien !

A mes amis et camarades de la faculté, Aly Bahachimi MAIGA, Bilaly SISSOKO, Sidi TOURE, Sanachi TRAORE, Oumar KALIFA, Mahamadou TRAORE, Mamadou Ballo, Issiaka DOUMBIA, Youssouf GUINDO, Bouakar COULIBALY, Bakary KAMPO, Amadou TOURE, Dr Souunkaro TRAORE, Sanachi TRAORE.

A tous les membres de la famille Duba du Point G

A la Ligue Islamique des Elèves et Etudiants du Mali

Au Réseau des étudiants en médecine de l'Afrique de l'Ouest (REMAO), à l'association des étudiants ressortissants de Mopti et sympathisants (AERMOS), au club de réflexion scientifique (CRS), au Comité de gestion du site fmpos.net (CGS).

A l'ensemble de mes frères et sœurs en islam

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

A Mon Groupe de travail, Abdoul Aziz Seriba, Lalla Traoré, Zara Idrissa Maïga, Arahmatou Maiga, Ramatou Djibo, Maimouna Tolo, Bissan Traoré, Chata Traoré, Adam Koné, Yossi, Hama Diall, Bilaly Sissoko, Hama Diall,

Pour les longues nuits sans sommeil que nous avons passé ensemble lors de notre formation. Ce travail et aussi le vôtre.

Ceux que je n'ai pas cités ici faute de place.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'adresse de :

À ceux avec qui m'ont accompagné pendant ces passionnantes études.

Je vais citer particulièrement mon parrain Papa Jon STEINER, qui m'a accordé un soutien moral, affectif et financier durant tout mon cycle d'étude médicale. C'est l'occasion pour moi de lui exprimer toute ma vive gratitude et ma reconnaissance.

Les amis de la faculté médecine et d'odontostomatologie et la Faculté de Pharmacie avec qui j'ai « grandi » dans la médecine.

Mes co-internes, les membres des équipes de garde pour les bons moments passés, et le travail accompli.

Les maitres de stages avec qui j'ai travaillé durant ces dernières années.

Les médecins et ceux qui, en m'encadrant, ont su me donner le goût de ce métier unique et merveilleux...

Au Ministère de la santé, la DNRH (Direction nationale des ressources des ressources humaines en santé) et le docteur Issa DIARRA qui n'ont ménagé aucun effort pour l'appui matériel de cette étude ; trouvez ici ma profonde gratitude.

Je tiens à remercier Samba DIOP, Professeur émérite et de trouver en l'aboutissement de ce travail un réel motif de satisfaction, pour le dévouement, la minutie et la rigueur dont il a

fait toujours montre à notre demande de diriger nos recherches de Doctorat, pour n'avoir jamais lésiné sur les moyens physiques.

Qu'il trouve ici le gage de ma profonde et sincère gratitude indéfectible à son égard. C'est l'occasion pour moi de lui exprimer toute ma vive gratitude.

Mes chaleureux remerciements vont également à l'endroit du Docteur Nielé Hawa DIARRA qui a accepté d'être juge de ma thèse ainsi que pour sa relecture attentive de ce document.

Mes remerciements s'adressent aussi au Professeur Seydou DOUMBIA et Docteur Lalla Fatoumata TRAORE qui ont tous deux accepté d'être juge de mon travail. Qu'ils trouvent ici l'expression de mes profonds sentiments.

Je remercie tout le personnel de la FMOS

Je remercie Monsieur Sacko, ainsi que Monsieur Doumbia de la cellule informatique.

Si ce travail de thèse a pu être entrepris c'est grâce au soutien moral et à l'affection de toute ma famille. Je tiens ici à remercier particulièrement mes parents, Feu Oumar Diarra et Madame Mariam Diarra, mes frères, sœurs, cousins et oncle.

Je tiens de même à renouveler toute ma gratitude et ma profonde reconnaissance à Fatoumata Zahra Diabaté, ma fiancée. Elle m'a notamment offert son soutien moral dans la réalisation de ce travail.

Mes remerciements vont à l'endroit de mes sœurs Kadidia Diarra, Aramata Diarra, Bintou Diarra, Salimata Diarra, Aminata, Diarra, Awa Diarra.

Je tiens aussi à remercier la famille de mon feu grand père Oumar Diarra pour l'accueil chaleureux et fraternel qu'il m'a réservé lorsque je commençais mon second cycle de l'enseignement fondamental.

Je remercie très sincèrement mes neveux et nièces.

Je remercie Pr Idrissa Ahmadou Cissé et Dr Sékou BAH, tous deux enseignants à la FMOS ainsi que mes camarades de la promotion Pr Assan TRAORE.

Je veux ici adresser une mention spéciale à Messieurs Seydou DIARRA, Dr Djibril CAMARA pour leurs aides, relectures et conseils qu'ils m'ont prodigués.

Mon séjour à la FMOS a été facilité par des rencontres amicales. Je tiens donc à remercier mes compatriotes Mopticiens, la famille Douba et les amis de toutes nationalités connues à la FMOS notamment la communauté Camerounaise qui a su créer un cadre de fraternité et d'amitié dans lequel chacun a puisé des ressources nécessaires pour supporter le choc de la vie estudiantine.

J'ose espérer que cette fraternité puisse continuer tout au long de notre carrière. Messieurs et leurs familles ont une place particulière dans la réussite de ce travail.

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

Enfin, je garde un très bon souvenir de tous les villageois, des populations de Yendouma , de Kassa et de Mory ainsi que de toutes les personnes qui m'ont quelquefois orienté et/ou aidé par leurs informations et par leur hospitalité. Leurs actes, pour simples qu'ils aient été, m'ont été d'un grand apport.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

Au maître et Président de jury, Professeur Seydou DOUMBIA

- ◆ **Maître de conférences en santé publique**
- ◆ **Chargé de cours de d'Epidémiologie à la FMOS**
- ◆ **Chef du Département de Santé Publique**
- ◆ **Doyen de la FMOS**

Cher maître,

Nous avons été très touchés par votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable.

Malgré vos multiples occupations, vous nous faites honneur en acceptant de présider ce jury.

L'occasion nous permet de vous rendre un vibrant hommage pour votre apport considérable à l'amélioration de la qualité de ce travail, mais aussi de vous féliciter pour votre élection au poste de doyen de la FMOS.

Tout au long de nos études, lors de notre formation théorique en épidémiologie, nous avons eu la chance de bénéficier de vos grandes connaissances et de votre grande expérience.

Permettez-nous, cher Maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

A notre maitre et juge, Docteur Lalla Fatoumata TRAORE

- ◆ **Médecin de santé publique**
- ◆ **Master en santé publique**
- ◆ **Directrice adjointe de l'hôpital de Gao**

Cher maitre, Nous vous sommes très reconnaissants de vous compter parmi nos juges. Nous sommes honorés de pouvoir bénéficier de vos compétences. Recevez l'expression de notre profond respect.

A notre maitre et juge, Docteur Nielé Hawa DIARRA

**♦ Assistante chercheure au département de santé publique
à la FMOS**

C'est pour nous un honneur particulier de vous compter parmi nos juges.

Veillez trouver ici, cher maitre, l'expression de notre profonde reconnaissance. Soyez assuré de notre respect le plus sincère.

A notre maître et directeur de thèse, Professeur Samba DIOP

- ◆ **Maître de conférences en anthropologie médicale ;**
- ◆ **Enseignant – chercheur spécialisé en « Ecologie humaine, anthropologie et éthique publique » ;**
- ◆ **Responsable de la section « Sciences humaines et sociales » de SEREFO : Initiative de recherche formative sur le VIH-TB/ FMPOS – NIAID ;**
- ◆ **Enseignant – chercheur en « Ethique et sciences » au DEA d'anthropologie de l'Institut supérieure de formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako ;**
- ◆ **Enseignant – chercheur en « Ethique, sciences et techniques » au Centre universitaire d'études virtuelles (CUEVA), à l'Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako ;**
- ◆ **Point Focal sous- régional au Mali des cours des Masters 1 et 2 en éthique et bioéthique (Universités francophones ouest-africaines/ UNESCO/AUF) ;**
- ◆ **Membre du comité d'éthique de la FMOS-FAPH, USTTB ;**
- ◆ **Membre représentant du Ministre chargé de l'enseignement supérieure au Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CNESS) ;**
- ◆ **Membre du réseau multidisciplinaire de recherche en éthique médicale et droit de la santé.**

Cher maître, Vous nous avez fait le très grand honneur en acceptant de diriger ce travail avec la plus grande spontanéité malgré vos multiples occupations.

Vous avez d'emblée montré un intérêt certain pour le sujet de notre travail.

Vous êtes et vous demeurez une référence par vos immenses qualités scientifiques, humaines et par votre esprit d'ouverture.

Cher maître, Nous vous en remercions et vous assurons de notre très sincère gratitude et de notre plus profond respect.

TABLE DE MATIERES

| | |
|---|----------------|
| I. INTRODUCTION..... | 23-24 |
| II. CADRE CONCEPTUEL..... | 29-51 |
| III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE..... | 52-75 |
| IV. RESULTATS..... | 77-115 |
| V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... | 113-125 |
| VI. CONCLUSION..... | 126 |
| VII. PROPOSITIONS..... | 127-128 |
| VIII. ANNEXES..... | 129-144 |

LISTE DES ABREVIATIONS

BIT : Bureau International du Travail

CEDEAO : Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CIREFI : Centre d'information, de réflexion et d'échanges en matière de franchissement des frontières et d'immigration

CPS : Cellule de la Planification et de la Statistique

CNAM : Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie

CNOS : Centre National d'Odontostomatologie

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CPN : Consultation Périnatale

CRLD : Centre de Recherche pour la Lutte contre la Drépanocytose

CREDOS : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie

CsCom: Centre de Santé Communautaire

CSCR : Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté

CSLS : Cellule Sectorielle de Lutte Contre le SIDA

CsRef : Centre de Santé de Référence

DAES : Département des Affaires Économiques et Sociales des Nations Unies

DNS: Direction Nationale de la Santé

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament

DRH : Direction des Ressources Humaines

DRS: Direction Régionale de la Santé

DPNU : Division de la population des Nations Unies

DRC : Centre de recherche sur la migration, la globalisation et la pauvreté

DBG : Direction générale du budget

DGME : Délégation générale des Maliens de l'extérieur

EDS : Enquête démographique et de santé

EMMU : Enquête malienne sur les migrations et l'urbanisation

EPH: Etablissement Hospitalier Universitaire

FMPOS: Faculté de Médecine, de Pharmacie et Odonto-Stomatologie

FMOS : Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

GRH: Gestionnaire des Ressources Humaines

HGT: Hôpital Gabriel Touré

HPt G: Hôpital du Point G

IB : Initiative de Bamako

IDH : Indice de Développement Humain

INPS: Institut National de Prévoyance sociale

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

INSTAT: Institut National de la Statistique

IOTA: Institut Ophtalmologique et Tropical d'Afrique

MEF : Ministre De l'économie et des finances

MS : Ministère de la Santé

MSHP : Ministère de la Santé et de l'hygiène publique

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OIM : Organisation internationale pour les migrations

ONG: Organisation Non Gouvernementale

OIT : Organisation Internationale du Travail

ONU : Organisation des Nations Unies

PDDSS : Programme Décennal de Développement Socio-Sanitaire

PNLP : Programme National de Lutte Contre le Paludisme

PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

PPTE : Pays Pauvres Très Endettés

PTF : Partenaire technique et financier

RH: Ressource Humaine

RHS: Ressource Humaine de la Santé

RTA: Rapport Trimestriel d'Activité

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RACE : Recensement administratif à caractère électoral

REMUAO : Réseau d'enquêtes sur les migrations et l'urbanisation en Afrique de l'Ouest

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

RNDN : Revenu national disponible net

SLIS: Système Local d'Information Sanitaire

SNIS: Système National d'Information Sanitaire

SIDA: Syndrome Immuno Déficient Acquis

SIRHS: Système d'Information des Ressources Humaines de la Santé

SNISS: Système National d'Information Sanitaire et Social

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés)

VIH: Virus d'Immuno Humain

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : Pays africains ayant perdu au moins 5% de leurs médecins jusqu'en 2000

TABLEAU II : Effectif des diplômés de la FMPOS de 1974-2006

TABLEAU III : Nombre de personnel de santé toutes catégories confondues

TABLEAU IV : Effectif existant et normes de RHS au Mali

TABLEAU V : Evolution de recrutement de médecins de 1990-2013

TABLEAU VI : Coût de formation des médecins selon les zones

TABLEAU VII : Nombre de médecins formés de nationalité malienne de 1970 à 2012

TABLEAU VIII : Nombre de médecins formés de nationalité étrangère

TABLEAU IX : Perte annuelle et cumulative de médecins dans le secteur public au Mali, 1990- 2012

TABLEAU X : Répartition des montants attribués par le gouvernement durant le cycle de formation d'un étudiant en médecine

TABLEAU XI : Répartition des effectifs actuels inscrits par classe selon les différents CES de la FMOS (2012-2013)

TABLEAU XII : Répartition selon le type de professionnel de santé

TABLEAU XIII : Répartition par sexe des intentions d'émigrer des médecins interrogés

TABLEAU XIV : Répartition selon l'existence d'effets négatifs

TABLEAU XV : Appréciations des médecins sur le degré de connaissance du gouvernement au sujet de l'émigration des médecins (ampleur et impacts)

TABLEAU XVI : Appréciations des médecins sur le degré d'investissement (actes) du Gouvernement pour limiter la fuite des cerveaux dans le domaine médical.

LISTE DES GRAPHIQUES

FIGURE 1 : Nombre de médecins ayant terminé leur formation au Mali de 1974 à 2006

FIGURE 2 : Statistiques mondiales du nombre de médecins pour 1000 habitants

FIGURE 3 : Comparaison des dépenses de l'Etat par fonction de santé entre le Mali, le Togo, le Bénin et le Kenya

FIGURE 4 : Salaires moyens des ressources humaines en santé en Afrique de l'Ouest

FIGURE 5 : Place du Mali parmi les pays d'Afrique de l'Ouest en termes de mortalité maternelle

FIGURE 6 : Place du Mali dans la prévalence du VIH-SIDA en Afrique de l'Ouest

FIGURE 7 : Pourcentage des consultations prénatales dans divers pays d'Afrique de l'Ouest

FIGURE 8 : Modèle représentatif du flux des médecins

FIGURE 9 : Répartition des médecins interrogés selon le sexe

FIGURE 10 : Répartition des médecins interrogés selon l'âge

FIGURE 11 : Répartition des médecins selon le statut matrimonial

FIGURE 12 : Répartition des médecins selon le lieu de résidence

FIGURE 13 : Répartition des médecins selon la qualification

FIGURE 14 : Répartition des médecins selon la spécialité

FIGURE 15 : Répartition des médecins selon l'incitation à faire la médecine

FIGURE 16 : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice

FIGURE 17 : Répartition des médecins selon la fonction

FIGURE 18 : Répartition des médecins selon l'ancienneté

FIGURE 19 : Répartition des médecins selon le degré de satisfaction au travail

FIGURE 20 : Répartition des médecins par rapport à la connaissance de l'émigration des médecins

FIGURE 21 : Répartition selon la connaissance des médecins émigrés

FIGURE 22 : Répartition selon le nombre de médecins émigrés

FIGURE 23 : Répartition selon la connaissance de médecins en spécialisation à l'étranger

FIGURE 24 : Répartition selon le nombre de médecins en spécialisation à l'étranger

FIGURE 25 : Répartition en fonction des opinions des médecins sur le retour des médecins à la fin de leur formation.

FIGURE 26 : Répartition en fonction des pays cités comme destination des médecins émigrés

FIGURE 27 : Proportion d'agents de santé qui envisagent d'émigrer

FIGURE 28 : Répartition selon le type de l'émigration

FIGURE 29 : Répartition selon la durée de séjour à l'étranger

FIGURE 30 : Pays de destination des médecins qui envisagent d'émigrer

FIGURE 31 : Les raisons d'émigrer invoquées par les médecins interrogés

FIGURE 32 : Les raisons majeures qui incitent les médecins à ne pas émigrer.

FIGURE 33 : les effets négatifs cités de l'émigration pour le pays de départ des migrants

FIGURE 34 : les effets positifs de l'émigration pour le pays de départ des migrants

FIGURE 35 : Opinions des enquêtés sur les avantages de l'émigration pour le médecin migrant

FIGURE 35 : les inconvénients de l'émigration pour le médecin migrant

FIGURE 36 : Propositions d'actions à entreprendre face à l'émigration

FIGURE 37 : Propositions d'actions à entreprendre face à l'émigration

FIGURE 38 : Solutions proposées pour limiter l'émigration des médecins

INTRODUCTION

L'émigration du personnel qualifié des pays à revenus faibles et intermédiaires vers les pays à revenu élevé est un phénomène général, qui représente toutefois un défi majeur pour les systèmes de santé des pays pauvres, dans lesquels il contribue à la pénurie du personnel **[1]**.

Les pays africains sont confrontés au problème croissant de l'exode de masse des professionnels de la santé vers les pays plus développés.

L'émigration est définie comme l'action de quitter son Etat de résidence pour s'installer dans un Etat étranger. Le droit international reconnaît à chacun le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et n'admet sa restriction que dans des circonstances exceptionnelles. Ce droit au départ ne s'accompagne d'aucun droit d'entrer sur le territoire d'un Etat autre que l'Etat d'origine **[2]**.

L'expression "fuite de cerveaux" fait référence à une situation où des personnes qualifiées franchissent des frontières nationales.

Ce sujet traite un aspect rarement étudié du mouvement migratoire international, à savoir l'émigration de médecins formés au Mali.

Au Mali il existe une insuffisance d'informations et l'absence de collecte systématique de données, en ce qui concerne les

médecins formés au Mali et qui quittent le pays ou le système de soins de santé.

C'est pour cette raison que nous avons décidé d'effectuer cette étude visant à recueillir les opinions et attitudes des médecins maliens face à l'émigration, en termes de causes et d'effets. Il s'agit également d'examiner les approches envisagées pour répondre à ce phénomène.

2.1 : ENONCE DU PROBLEME :

L'émigration internationale de personnes qualifiées est devenue de plus en plus importante au cours des dernières années.

L'organisation internationale pour les migrations (OIM) estime qu'environ 200 000 africains de diverses occupations professionnelles quittent l'Afrique chaque année pour les pays industrialisés de l'Occident [3].

Le départ des personnels très qualifiés, le non-retour des étudiants après leur formation supérieure à l'étranger font subir une perte importante aux pays émetteurs qui ont assuré l'effort initial d'éducation et se voient ainsi privés de l'investissement humain et éducatif déjà réalisé. Cet exode pénalise le processus même du développement, fait obstacle à l'adoption de nouvelles technologies dans ces économies, et sur le plan sociétal, il ralentit le processus de démocratisation et de bonne gouvernance [4].

En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait à plus de 4.3 millions de travailleurs le déficit en personnels de santé au niveau mondial. Les pays à faibles revenus sont particulièrement touchés : Parmi les 57 pays où la pénurie était jugée critique, 36 étaient des pays d'Afrique subsaharienne [5].

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

Cette pénurie va de pair avec une émigration massive des personnels de santé. L'Afrique est le continent où les départs de médecins et d'infirmiers connaissent les taux les plus élevés. L'OMS estime qu'un quart des praticiens formés en Afrique exerce désormais dans les pays de l'OCDE.

Toujours selon cette organisation, environ 20 000 médecins et infirmiers africains quittent chaque année le continent [6].

En effet, malgré les réels progrès en matière de santé qu'a connus l'Afrique Subsaharienne depuis les années 1950, de fortes résurgences d'épidémies sont apparues ces deux dernières décennies. Les médecins sont d'autant plus indispensables que d'anciennes maladies contagieuses sont réapparues (la tuberculose, le choléra ...), sans compter l'apparition de nouvelles épidémies telles que le sida et les maladies de 'transition épidémiologique' [7].

Le Mali connaît tout de même une fuite des cerveaux, étant donné que, sur la période 1995-2005, 15 % des diplômés maliens de l'enseignement supérieur ont émigré [7] ; Il en est de même pour 23 % des médecins (157) et 15 % des infirmières, partis vers 9 pays développés, principalement la France [7].

En 1990, KONATE avait réalisé une étude au Mali sur l'évaluation des 20 premières années d'activités de l'ENMP couvrant la période 1970-1990.

Ce travail avait permis de recueillir les données suivantes : De 1969 à 1991, l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie a reçu un total de 1963 étudiants en médecine et 452 étudiants en pharmacie et avait formé 766 diplômés dont 541médecins et 225 pharmaciens. Parmi ces diplômés 57% étaient dans la fonction

publique, 12% dans les organisations non gouvernementales, 11% étaient expatriés, 9% étaient dans le secteur privé, 11% étaient en chômage et 9% (soit 58 médecins et 11 pharmaciens) avaient acquis une spécialité.

En 2002 Ben Moulage Idriss a réalisé une étude sur le devenir et dynamique des sortants de l'ENMP/FMPOS de 1969 à 1999.

Cette étude a permis de recenser 400 sur les 1339 diplômés soit 30% dont 12 reconvertis, 21 décès, 7 malades et 360 en activité. Sur les 400 il y avait 282 médecins et 118 pharmaciens. La majorité des 372 diplômés en activité travaillait à Bamako soit 43%. Le principal employeur était la fonction publique avec 40%, 27,8% contractuels, 7,2% conventionnaires et 25% privés.

La majorité des diplômés était restée généraliste soit 64%, seulement 144 s'étaient spécialisés et la spécialisation la plus fréquente était la santé publique avec 22,2% suivie de la chirurgie ; pourtant 314 diplômés souhaitent faire une spécialisation dont la plus convoitée reste la santé publique suivie de la chirurgie. Sur les 60 employeurs enquêtés 90% étaient satisfaits des diplômés sur le plan professionnel, leur recrutement se faisait sur dossier et leur activité principale était les soins curatifs plus particulièrement la chirurgie. Dans le cadre du plan de carrière 63,3% des employeurs prônaient la formation continue et l'avancement administratif se faisait sur la base de compétence dans 82% des cas [8].

2.2 : QUESTIONS DE RECHERCHE

En réponse à ces préoccupations, nous avons initié cette étude au Mali pour trouver des réponses aux questions suivantes :

1 : Quelle est l'ampleur de l'émigration des médecins ?

2 : Pourquoi les médecins décident-ils d'émigrer ou de rester ?

3 : Quels sont les aspects positifs et négatifs de l'émigration des médecins ?

4 : Quels sont les pays de destination des désireux de quitter le Mali ?

5 : Qu'est-ce qui peut être fait pour retenir le médecin ou atténuer les effets de l'émigration ?

- Quels liens peut-on établir entre l'état de la gestion des ressources humaines et l'émigration des médecins ?
- Quelles sont les stratégies suggérées qui peuvent être utilisées pour réduire l'émigration du médecin au Mali ?

III. CADRE CONCEPTUEL

3-1 : Glossaire [2]

Emigration : Action de quitter son Etat de résidence pour s'installer dans un Etat étranger. Le droit international reconnaît à chacun le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et n'admet sa restriction que dans des circonstances exceptionnelles. Ce droit au départ ne s'accompagne d'aucun droit d'entrer sur le territoire d'un Etat autre que l'Etat d'origine.

Etat d'origine : Etat que quitte un national pour effectuer une migration internationale. Au sens de la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990), « l'expression "Etat d'origine" s'entend de l'Etat dont la personne intéressée est ressortissante ». Se dit également de l'Etat de résidence habituelle d'une personne avant que celle-ci n'effectue une migration internationale.

Facteurs d'attraction et de répulsion : Modèle explicatif des phénomènes migratoires fondé sur la combinaison d'éléments répulsifs favorisant l'émigration (tels que des problèmes économiques sociaux et politiques dans le pays d'origine) et d'éléments attractifs dans le pays de destination.

Fuite des cerveaux : Emigration permanente ou de longue durée de travailleurs qualifiés qui se réalise au détriment du développement économique et social du pays d'origine. Par extension, le terme désigne également la mobilité étudiante, flux potentiel de travailleurs qualifiés. L'expression « fuite des

cerveaux » évoque l'existence d'un taux d'exode considéré comme excessif par le pays d'origine.

Gestion de la migration : Ensemble des décisions et des moyens destinés à la réalisation d'objectifs déterminés dans le domaine de l'admission et du séjour des étrangers ainsi que dans le domaine de l'asile et de la protection des réfugiés et autres personnes ayant besoin de protection.

Immigration : Action de se rendre dans un Etat dont on ne possède pas la nationalité avec l'intention de s'y installer.

Migrant qualifié travailleur : Migrant exerçant une profession acquise par un enseignement et/ou une expérience de haut niveau. Les travailleurs migrants qualifiés bénéficient fréquemment d'un traitement préférentiel s'agissant de l'entrée et du séjour dans l'Etat d'accueil (exigences réduites en matière de changement d'activité professionnelle, de regroupement familial, de durée du séjour).

Migrant : Au niveau international, il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant ». Ce terme s'applique habituellement lorsque la décision d'émigrer est prise librement par l'individu concerné, pour des raisons « de convenance personnelle » et sans intervention d'un facteur contraignant externe. Ce terme s'applique donc aux personnes se déplaçant vers un autre pays ou une autre région aux fins d'améliorer leurs conditions matérielles et sociales, leurs perspectives d'avenir ou celles de leur famille.

Migrants économiques : Migrants quittant leur pays d'origine pour s'installer sur le territoire d'un Etat étranger afin d'améliorer leurs conditions d'existence.

Migration de retour : Migration ramenant une personne à son lieu de départ, pays d'origine ou lieu de résidence habituelle, généralement après un séjour d'une année au moins à l'étranger. La migration de retour peut être volontaire ou forcée. Elle inclut le rapatriement librement consenti.

Migration internationale : Mouvement de personnes qui quittent leur pays d'origine ou de résidence habituelle pour s'établir de manière permanente ou temporaire dans un autre pays. Une frontière internationale est par conséquent franchie.

Migration spontanée : Déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes qui élaborent et mettent en œuvre leurs plans de migration sans assistance externe. La migration spontanée est généralement provoquée par des facteurs d'attraction et de répulsion et est caractérisée par l'absence d'assistance étatique ou tout autre type d'assistance, internationale ou nationale.

Personnel médical : Par personnel médical il faut entendre l'ensemble des médecins, des chirurgiens, des infirmières, des sages-femmes et des autres praticiens.

Pays d'accueil : Pays sur le territoire duquel séjourne légalement ou illégalement une personne à l'issue d'une migration internationale.

Pays de destination : Pays vers lequel se dirigent des flux migratoires, réguliers ou irréguliers.

Exode des compétences : l'exode des compétences ou la fuite des cerveaux, désigne les flux migratoires des scientifiques et des chercheurs s'installant à l'étranger pour trouver de meilleures conditions de travail ou de rémunération.

Migration temporaire : La définition de la migration temporaire communément admise est celle des Nations-Unies qui distingue les migrants de longue durée (migration de plus d'un an) des migrants de courte durée (migration temporaire de moins d'un an). Selon l'ONU, la migration temporaire concerne toute « personne qui se rend dans un pays autre que celui de sa résidence habituelle pour une période **d'au moins trois mois** (car seuls les étrangers séjournant au moins trois mois sont tenus d'avoir un titre de séjour et de passer une visite médicale) mais **de moins d'un an (12 mois)**, à l'exception de cas où le voyage dans ce pays est effectué à des fins de loisirs, de vacances, de visites à des amis ou à de la famille, d'affaires, de traitement médical ou de pèlerinage religieux ».

Flux migratoire : Nombre de migrants qui se déplacent ou qui sont autorisés à se déplacer d'un pays à un autre en vue d'obtenir un emploi ou de s'établir dans le pays pour une période déterminée.

Gestion de la migration : Ensemble de décisions et de moyens destinés à la réalisation d'objectifs déterminés dans le domaine de l'admission et du séjour des étrangers ainsi que dans le domaine

de l'asile et de la protection des réfugiés et autres personnes ayant besoin de protection.

3.2 : Description et justification de l'étude

La santé, est la condition sine qua non du développement humain durable (DHD), ce qu'implique le fait de considérer la santé comme une condition essentielle du développement et cela à tous les niveaux.

L'importance du personnel de santé pour le bon fonctionnement des systèmes de santé et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement est largement reconnue.

La crise en ressources humaines pour la santé est perçue au Mali comme à l'instar des autres pays, particulièrement en Afrique subsaharienne.

Cette pénurie de ressources humaines compétentes et motivées pour la santé est désormais reconnue comme la principale contrainte du système de santé malien, au-delà du manque d'infrastructures, d'équipements et de moyens financiers.

Déjà l'Organisation Mondiale de la Santé dans son rapport sur la santé dans le monde 2006 a fait remarquer qu'alors que la région Afrique supporte 24% du poids des problèmes de santé de par le monde, elle ne possède que 3% des professionnels de la santé et ne compte que pour 1% des dépenses mondiales de santé [9].

La situation sanitaire de la population malienne reste préoccupante. Un tiers des enfants de moins de 5 ans connaissent une situation de malnutrition et la mortalité maternelle reste toujours élevée. La couverture en accouchements assistés, bien qu'en hausse depuis quelques années, n'est encore

que de 57% en 2012 et l'utilisation de la consultation curative n'est encore en moyenne que de 0,31 nouvelle consultation par an et par habitant.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le Mali compte parmi les 36 pays sur 46 qui souffrent d'une pénurie aiguë de personnel de santé [9] [26].

3.3 : Modèle théorique

3.3.1 : Histoire des migrations

À l'échelle de l'histoire humaine, la migration n'est pas un épiphénomène ponctuel mais bien une constante qui a déterminé, au fil du temps, la répartition géographique des hommes sur la terre et leurs caractéristiques génétiques et culturelles. Des preuves de migrations massives à l'aube de l'humanité existent partout sous forme d'analogies entre les peuples (linguistiques, morphologiques, génétiques...). L'étude des caractéristiques communes et des différences entre les populations permet d'ailleurs d'étudier les mouvements migratoires préhistoriques : l'exemple de la répartition des groupes sanguins en témoigne.

Plusieurs hypothèses coexistent dans l'interprétation de l'origine de la mise en place sur le globe du peuplement humain. D'une part, la théorie monocentriste selon laquelle tous les hommes d'aujourd'hui sont issus d'un même groupe de quelques dizaines de milliers d'individus qui se sont dispersés sur l'ensemble du globe à partir de l'Afrique, remplaçant les descendants d'*homo erectus* et d'*homo habilis*. Le scénario pluricentriste, d'autre part, affirme que l'être humain moderne est issu d'une évolution des *homo-erectus* vers les *homo-sapiens*, évolution ayant eu lieu

simultanément en différents points du globe après la dissémination de l'homo erectus. Cette théorie suppose également l'existence de migrations ultérieures permanentes pour expliquer la dissémination des caractéristiques de l'homo sapiens [10].

3.3.2 : Les migrations internationales

En 2013, le nombre de migrants internationaux nés dans un pays du Sud et vivant dans un pays du Nord, ou « migration Sud-Nord », était très légèrement inférieur au nombre de migrants nés dans un pays du Sud et vivant dans un pays du Sud, ou « migration Sud-Sud ».

La part des femmes parmi les migrants allait de 52 % au Nord à 43 % au Sud, en 2013. Sur dix migrants internationaux âgés de moins de 20 ans, six résidaient dans les régions en développement. À l'inverse, sept migrants de plus de 60 ans sur dix vivaient dans les régions développées.

Le nombre de migrants diplômés du supérieur dans les pays de l'OCDE a augmenté de 70 % en dix ans, pour atteindre 27 millions en 2010/11. Dans presque tous les pays d'origine, le taux d'émigration des personnes hautement qualifiées est supérieur au taux d'émigration total, ce qui reflète la sélectivité du phénomène migratoire par rapport au niveau d'éducation. Ce constat se vérifiait dans 137 des 145 pays pour lesquels on disposait de données (95 %). En 2010/11, au Burundi, au Lesotho, au Malawi, aux Maldives, au Mozambique, en Namibie, au Niger, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, dans la République-Unie de Tanzanie et en Zambie, les taux d'émigration des personnes

hautement qualifiées représentaient plus de 20 fois le taux d'émigration total [11].

Au Royaume Uni, en 2004, 31% des docteurs praticiens étaient des étrangers, à la Nouvelle Zélande, près de 35% des docteurs praticiens étaient étrangers en 2004, aux Etats Unis, 26% des médecins praticiens étaient en 2004 des étrangers, en Australie, 21% de docteurs praticiens étrangers en 2004 [12].

3-3-3 : La fuite des cerveaux en Afrique

Selon les sources des Nations Unies, l'Organisation Internationale pour la Migration et de la Banque mondiale, l'Afrique a perdu 60 000 professionnels (médecins, enseignants universitaires, ingénieurs, etc.) entre 1985 et 1990. Sur chaque centaine de professionnels envoyés en Outremer aux fins de formation entre 1982 et 1997, 35 ne retournent pas aux pays et depuis 1990, au moins 20 000 personnes qualifiées quittent l'Afrique chaque année.

En effet, Clemens et Petterson (2006) ont publié des données qui, selon Loitron (2006) sont venues mettre fin aux incertitudes qui prévalaient avant sur les données relatives à ce phénomène. D'après leurs estimations, sur 345 749 médecins formés en Afrique (133 058 en Afrique sub-saharienne), 64 941, soit 19 pour cent ont quitté le continent pour travailler en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis, en France, au Canada, en Australie, au Portugal, en Espagne, en Belgique, et en Afrique du Sud. Pour l'Afrique sub-saharienne, les chiffres sont respectivement de 36 653 et 28 pour cent. La situation est plus dramatique pour

certaines pays qui ont perdu plus de 50 pour cent des médecins qu'ils ont formés.

Les chiffres ci-après illustrent parfaitement cette situation :

- Ghana, entre 1986 et 1995, 61% des étudiants sortant d'une école médicale ont quitté le pays,
- Afrique du Sud, entre 1993 et 2003, 6028 infirmières ont travaillé en Grande Bretagne,
- Zimbabwe, 1 561 agents de santé ont travaillé en Grande Bretagne entre 1993 et 2003,
- Nigéria, 1 496 infirmières étaient en Grande Bretagne entre 1993 et 2003,
- Bénin, le nombre de médecins installés en France supérieur à celui qui vit actuellement au pays,
- Ethiopie, 65% des médecins formés vivent maintenant aux Etats-Unis,
- Ghana, 600 médecins originaires de ce pays travaillent à New York,
- Au Sénégal plus de 50% des médecins formés exerçaient à l'étranger en 2003,
- En Centre-Afrique, 42% des médecins vivaient à l'étranger à la même date,
- En République Démocratique du Congo, 468 médecins travaillaient en France en 2004,
- Canada, 20% de docteurs praticiens étrangers en 2004 **[13]**.

Tableau 1 : Pays africains ayant perdu au moins 50 pour cent de leurs médecins jusqu'en 2000

| Pays | Pourcentage | Effectifs correspondants | Pays ayant accueilli le plus grand nombre de médecins immigrants |
|--------------------|-------------|--------------------------|--|
| Angola | 70 | 2 102 | Portugal |
| Cap Vert | 51 | 211 | Portugal |
| Congo | 53 | 747 | France |
| Guinée Equatoriale | 63 | 81 | Espagne |
| Gambie | 53 | 46 | Etats-Unis d'Amérique |
| Ghana | 56 | 1 639 | Etats-Unis d'Amérique |
| Guinée Bissau | 71 | 251 | Portugal |
| Kenya | 51 | 3 975 | Grande-Bretagne |
| Libéria | 63 | 126 | Etats-Unis d'Amérique |
| Malawi | 59 | 293 | Grande-Bretagne |
| Mozambique | 75 | 1 334 | Portugal |
| Sao Tomé | 61 | 97 | Portugal |
| Sénégal | 51 | 678 | France |
| Tanzanie | 52 | 1 356 | Grande-Bretagne |
| Zambie | 57 | 883 | Grande-Bretagne |
| Zimbabwe | 51 | 1 602 | Afrique du Sud |

Source : [13]

3.3.4 : Données générales sur la migration internationale au Mali

Selon une étude sur la migration au Mali, réalisée en 2007 par le Fonds Européen de Développement, il y aurait entre 2,5 et 3 millions de Maliens vivant à l'étranger, « dont 2 à 2,5 millions en Afrique et 1 à 1,2 million en Côte d'Ivoire ». Nous retrouvons cette importance du continent africain dans le classement effectué en 2008 par la Banque Mondiale des dix premiers pays hébergeant des émigrés maliens, à savoir dans l'ordre : la Côte d'Ivoire, le Burkina-Faso, le Nigeria, la France, le Niger, le Gabon, le Sénégal, la Gambie, la République du Congo et la Mauritanie.

La Côte d'Ivoire est unanimement reconnue comme étant le pays où se trouve la plus importante communauté de maliens vivants à l'étranger [14].

Sur la base des données des recensements pour la période 1995-2005, on estime que 1 578 695 Maliens vivaient à l'extérieur du pays. 32 % d'entre eux se trouvaient en Côte d'Ivoire, 28 % au Burkina Faso, 10 % en Guinée, 6 % au Nigeria et 5 % au Ghana.

Fin 2008, on dénombrait 1 758 réfugiés et 750 demandeurs d'asile maliens (HCR, 2009). En 2007, les pays ayant enregistré le plus de demande d'asile de Maliens étaient la France (42 %), les Etats-Unis (22 %), l'Italie (19 %), l'Afrique du Sud (6 %) et Malte (3 %) [14].

En 2008, les Maliens présents dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) travaillaient

principalement dans l'industrie, la construction, l'agriculture et la pêche [7].

En 2010 le nombre d'émigrants était de 1 012,7 milliers, le nombre d'émigrants en pourcentage de la population était de 7,6%, les principaux pays de destination étaient Côte d'Ivoire, Nigéria, Niger, France, Burkina Faso, Gabon, Espagne, Sénégal, Guinée, Gambie. En ce qui concerne l'émigration qualifiée, le taux d'émigration des diplômés du supérieur était de 15,0%, l'émigration des médecins était de 6 soit 1,2% des médecins formés dans le pays d'après Bhargava, Docquier et Moullan en 2010 et 157 soit 22,9% des médecins formés dans le pays selon Clemens et Pettersson en 2006 [7].

3.3.5 : Données sur la migration de personnel de sante au Mali

Sans être aussi élevé que dans les pays anglophones (Ghana ou Gambie), le « brain drain » médical reste non négligeable au Mali. De plus en plus de médecins non fonctionnaires restent dans les pays étrangers où ils se sont spécialisés, car les rémunérations proposées y sont beaucoup plus élevées. Selon une récente étude internationale en 2008, 15% des infirmières (soit 265) nées au Mali exerceraient à l'étranger et ce serait le cas de 23% des médecins (157). Il s'agit d'une estimation en termes de pays de naissance et elle peut être contestable, car un certain nombre de ces personnels ont probablement fait leurs études de médecine par exemple en France, et ne peuvent être directement considérés comme relevant du phénomène de « brain-drain » [15].

3.3.6 : Cadre explicatif de la fuite des cerveaux

Les facteurs d'offre-répulsion représentent les éléments du pays d'origine qui facilitent la décision d'un migrant potentiel de partir (Dovlo et al. 2004). Ils regroupent les conditions de travail pénibles (conditions d'hygiène, manque de médicaments et d'équipements médicaux) et les possibilités de carrière insatisfaisantes

Delanyo Dovlo (2003) propose une combinaison complexe des facteurs de départ et d'attrait qui permettent de comprendre la décision d'émigrer. Ils sont combinés en termes de gradients entre les situations dans le pays d'origine de l'agent de santé et dans le pays d'accueil :

- **Le gradient de revenu** : il représente les salaires et les conditions de vie.
- **Le gradient de la satisfaction de l'emploi** : il s'agit de la perspective d'un bon environnement de travail professionnel, de l'utilisation des compétences à un niveau technique qui permet la reconnaissance internationale des pairs.
- **Le gradient d'environnement organisationnel / opportunité de carrière** : Il représente des opportunités équitables et accessibles dans un contexte RH juste et bien administré.
- **Le gradient de la gouvernance** : Il représente les différences entre le degré de bureaucratie administrative et l'efficacité des services.

Le gradient protection / risque : Il représente le manque d'équipement, de protection ainsi que la perception du risque professionnel.

- **Le gradient de la Sécurité Sociale et des avantages sociaux** : Il représente le confort dans leur vie active ainsi que la sécurité après la retraite.

3.3.7 : Conséquences de la migration du personnel de santé

Lorsqu'on parle d'émigration, il est important de distinguer l'émigration permanente de l'émigration temporaire. Cette dernière est, en effet, bénéfique pour le pays d'origine puisqu'elle permet une remise à niveau et un transfert des compétences et/ou des technologies. Seul bémol : lorsque les compétences acquises pendant le séjour à l'étranger sont trop spécialisées pour pouvoir être appliquées dans le pays d'origine. Celui-ci ne sait alors par réellement tirer profit de cet exode [16].

L'émigration permanente, quant à elle, présente peu d'avantages pour le pays d'origine, mais, au contraire, implique deux types de coûts : le coût des ressources utilisées pour former la personne qui est partie (les pays ont d'ailleurs parfois le sentiment qu'ils financent l'éducation au profit d'autres pays) et la valeur que cette dernière aurait apporté au service de santé [16].

Lorsqu'un nombre important de médecins et d'infirmières s'en vont, les pays qui ont financé leur éducation se voient privés d'un retour attendu sur investissement.

La perte financière n'est toutefois pas la plus dommageable. Lorsque le système de santé d'un pays est fragile, la perte de sa

main-d'œuvre peut conduire le système tout entier au bord de l'effondrement, avec des conséquences qui se mesurent en perte de vies humaines.

Les aspects positifs des migrations tiennent au fait que, chaque année, elles engendrent des milliards de dollars sous forme d'envois d'argent (par les émigrés vers leur pays d'origine) vers des pays à revenu faible et ont donc été associées à une baisse de la pauvreté. Il arrive aussi que les agents de santé rentrent au pays, rapportant avec eux des compétences et de l'expérience [17].

Certaines personnes plus positives voient dans cette migration une solution au chômage endémique.

La migration des professionnels de la santé peut avoir un effet tant positif que négatif sur le développement en général et sur les capacités du secteur sanitaire en particulier. Parmi les effets positifs, on peut citer la contribution économique, sociale et culturelle des migrants et l'atténuation des pressions sur la démographie et sur le marché du travail à la fois dans les pays d'origine et dans les pays de destination. Quant aux effets négatifs, ils concernent l'exode des compétences, l'amenuisement de la population active et l'exode rural, qui touche plus particulièrement les pays d'origine en développement.

En ce qui concerne le pays de destination, la migration de professionnels qualifiés peut être source d'avantages macroéconomiques substantiels pour les pays de destination, grâce à l'atténuation des pénuries de main-d'œuvre et à l'enrichissement de capital humain. La migration des

professionnels de la santé permet non seulement aux pays de destination d'accroître leur offre de ressources humaines, sans cela peu abondante, et d'améliorer ainsi la qualité et l'accès des services de santé ; elle représente en outre un transfert considérable de valeur personnelle.

Pour le pays d'origine l'un de ses avantages clés est l'impact positif des rapatriements de fonds sur la réduction de la pauvreté et le développement, qui peut s'observer au niveau des ménages comme au niveau local, national et régional. Les rapatriements de salaires peuvent constituer une source de devises, permettant aux pays bénéficiaires d'acquérir des importations vitales et/ou de régler leur dette extérieure, et de renforcer leur solvabilité vis-à-vis de l'étranger. En plus des rapatriements de fonds, la migration peut entraîner d'autres flux financiers à destination des pays d'origine, tels que l'investissement étranger direct et les opportunités commerciales liées à la présence de la diaspora. La migration permet également d'importants transferts non financiers à destination des pays d'origine, tels que le transfert de connaissances, de compétences et de technologies, ainsi que des échanges politiques, sociaux et culturels plus intenses, rendus possible lorsque les migrants retournent dans leur pays provisoirement ou définitivement, physiquement ou de manière virtuelle.

L'emploi à l'étranger d'une partie de leur population active peut réduire le chômage et le sous-emploi dans les pays d'origine. De plus, les départs de travailleurs qualifiés peut entraîner une augmentation des rémunérations pour les travailleurs restés au

pays, libérer des espaces dans les établissements d'enseignement et susciter le rehaussement des compétences, de la même façon que la possibilité d'émigrer vers des pays où les rémunérations sont plus élevées peut inciter les individus à poursuivre un enseignement supérieur dans le domaine médical.

L'exode des compétences c'est-à-dire l'émigration d'individus formés et qualifiés du pays d'origine vers un pays tiers, pour différentes raisons allant de la persistance d'un conflit à l'absence d'opportunités est le principal effet négatif sur les pays d'origine dans le contexte de la problématique migration/développement en liaison avec la migration internationale. La perte de capital humain pourrait se répercuter négativement sur le développement local. Par conséquent, prévenir ou atténuer les effets négatifs de l'exode des compétences, surtout dans un secteur critique tel que celui des soins de santé, revêt une importance essentielle si la migration doit être utilisée comme un instrument efficace du développement dans les pays d'origine.

Les conséquences de l'exode des compétences sont particulièrement importantes pour les pays en développement et les pays les moins avancés, où le secteur de la santé ne dispose souvent que de maigres ressources, avec un système éducatif et des moyens financiers limités ne permettant de constituer qu'une petite réserve de personnels qualifiés, lesquels, pour les mêmes raisons, sont difficilement remplaçables. Dans le même temps, ces pays sont fréquemment confrontés à un taux important de malades. L'émigration de personnels de santé vers d'autres pays peut avoir pour effet d'entamer encore les capacités de soins de

santé dont ils disposent, en se répercutant négativement sur les coûts, la qualité et la disponibilité des services de santé. En réduisant l'effectif sanitaire dans les pays en développement, l'exode des compétences constitue un frein à la réalisation, par ces pays, des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Ainsi, la main-d'œuvre que les pays candidats ont vu partir vers l'Union européenne a été désignée comme l'une des principales raisons du retard mis par ces mêmes pays à renforcer leurs propres capacités et à s'aligner sur les nouvelles normes de l'Union dans tous les secteurs, et notamment dans le secteur sanitaire [18].

En ce qui concerne les avantages pour les migrants, une fois dans leur nouveau pays d'accueil ne sont pas négligeables. Ils vivent dorénavant dans un environnement politique et économiquement stable, avec diverses opportunités pour leurs enfants et pour leur carrière professionnelle. Souvent également, la migration permet aux femmes d'améliorer leurs statuts [16] [19].

3.3.8 : La mesure des intentions de migration

Les théories des migrations internationales cherchent à construire des modèles qui permettent d'expliquer la décision de migrer des individus.

Au niveau d'analyse macro, on a cherché à comprendre comment les différences de facteurs environnementaux entre des unités géopolitiques (pays, régions ou lieux) influençaient les individus dans leur décision de migrer entre d'un côté les facteurs d'attraction (« pull factors ») et les facteurs de répulsion (« push factors »). Au niveau micro, on a cherché à comparer les

différences perçues par les individus au sein de ces unités dans le processus de prise de décision entre le fait de rester (« stay decision ») ou de partir (« move decision ») (Fisher et al., 1997). On considère alors les facteurs macro comme traduisant un potentiel migratoire au sein des pays, où la migration effective dépendrait essentiellement de facteurs exogènes qui sont autant d'obstacles comme les contraintes légales, le manque d'information. La pression migratoire s'exerce ainsi dans un pays à fort potentiel et avec peu d'opportunités migratoires au final (Straubhaar, 1993). Si l'approche de l'économie classique a longtemps dominé la théorie sur les migrations, on considère aujourd'hui de moins en moins les migrants comme un groupe homogène d'acteurs rationnels qui vise à maximiser leur utilité et à diminuer les risques dû aux contraintes du marché. Les approches en termes de capital humain (micro economic migration theory) considèrent que la migration peut-être perçue comme un investissement où l'utilité doit être comprise dans sa dimension dynamique, i.e. comme un processus d'accumulation.

Avec l'accroissement des mobilités de tout genre (migrations temporaires, mobilités étudiantes, circulations migratoires) la migration devient un événement de plus en plus difficile de prévoir, relativement volatile. C'est la raison pour laquelle de plus en plus d'étude portent sur les intentions migratoires qui peuvent être comprises comme autant « d'indicateurs sur les pays de départ comme un vote de confiance sur le futur des pays » (P. Van Dalen et al. 2003). Les études qui portent sur la construction du projet migratoire menant à la prise de décision d'émigrer

s'intéressent aux attentes des individus et la façon dont ils évaluent la réalisation future de leurs objectifs dans leur communauté en la comparant avec leur réalisation dans les lieux alternatifs. Selon De Jong, les attentes vis à vis d'une variété de dimension sur la destination (standard de vie, soutien d'un réseau social) ainsi que les normes familiales vis à vis de la migration sont les prédicateurs les plus importants de l'intention de migrer, les normes familiales prennent encore plus d'importance pour les femmes (De Jong, 2000). La sélection migratoire est ainsi perçue comme une sélection effectuée par les individus eux-mêmes étant donné que le bénéfice net de la migration, les gains espérés moins les coûts de la migration ne sont pas les mêmes pour chacun (Chiswick, 1999). Cette sélection peut être défavorable en présence d'une information asymétrique ou en l'absence de signaux ou procédures claires à opérer pour migrer.

Basée sur la théorie des comportements planifiés (Ajzen 1991, 2005) selon laquelle l'intention d'une personne à entreprendre une certaine action (investissement, demande d'emploi, arrêter de fumer, migrer) est une fonction parmi d'autres facteurs de la croyance sur les conséquences de cette action. S'agissant plus particulièrement de la migration, l'individu réalise une carte mentale des coûts et bénéfices qui sont reliés à sa décision d'émigrer. L'option devient réelle lorsque la valeur des bénéfices excède celle des coûts. D'une manière générale, on considère selon cette théorie que les attentes sont rationnelles et que leur expression est la meilleure prédiction de leur comportement

futur. De Jong dans une étude sur les migrations internes montre que les intentions sont un bon révélateur des migrations effectives futures (De Jong, 2000). Les intentions de migrations reflète aussi et peut-être avant tout la volonté de se conformer aux opportunités en comprenant que ces opportunités peuvent être longue à survenir et s'estomper rapidement (Gardner et al., 1986). Ainsi, l'analyse des intentions place l'individu dans un champ d'opportunités à l'étranger en référence au niveau local et en fonction du groupe de référence qui correspondent à ses attentes auxquels il répondra en fonction d'une évaluation bénéfice-coût. Ces mécanismes d'évaluation peuvent conduire à des conduites spéculatives sur la migration, comme elles peuvent aboutir à des stratégies plus prudentes dans l'attente de meilleures conditions d'émigration. L'intérêt des études portant sur la migration est de pouvoir appréhender les forces qui guident les migrations internationales du point de vue des individus et les processus de décision de manière dynamique [20].

3.4 : HYPOTHESES DE BASE

La recherche a été conçue sur la base des hypothèses suivantes :

- L'émigration des médecins est influencée par la croissance du nombre de médecins.
- L'intention de migrer est liée aux effets expulsifs.
- Il existe un effectif pléthorique des médecins qui dépasse la capacité de recrutement.
- Le chômage endémique, un manque de bien-être social poussent certains médecins à émigrer.
- Le niveau de salaires des médecins influence positivement sur la décision d'émigrer.
- L'acquisition d'une formation plus qualifiée constitue un motif d'émigration.
- L'amélioration des salaires réduit la tendance du médecin à émigrer.
- Des facteurs socioculturels, socioéconomiques et organisationnels accroissent l'intention d'émigration du médecin.

3.5 : OBJECTIFS :

Objectif général

- Etudier l'émigration des médecins au Mali.

Objectifs spécifiques

- Identifier le profil académique et professionnel des candidats à l'émigration,
- Recueillir l'opinion des médecins par rapport à l'émigration,
- Déterminer la proportion des intentions d'émigration,
- Identifier les principales causes qui incitent le médecin à émigrer,
- Estimer le coût en termes monétaires de la formation d'un médecin,
- Identifier des solutions envisageables face à l'émigration.

IV. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

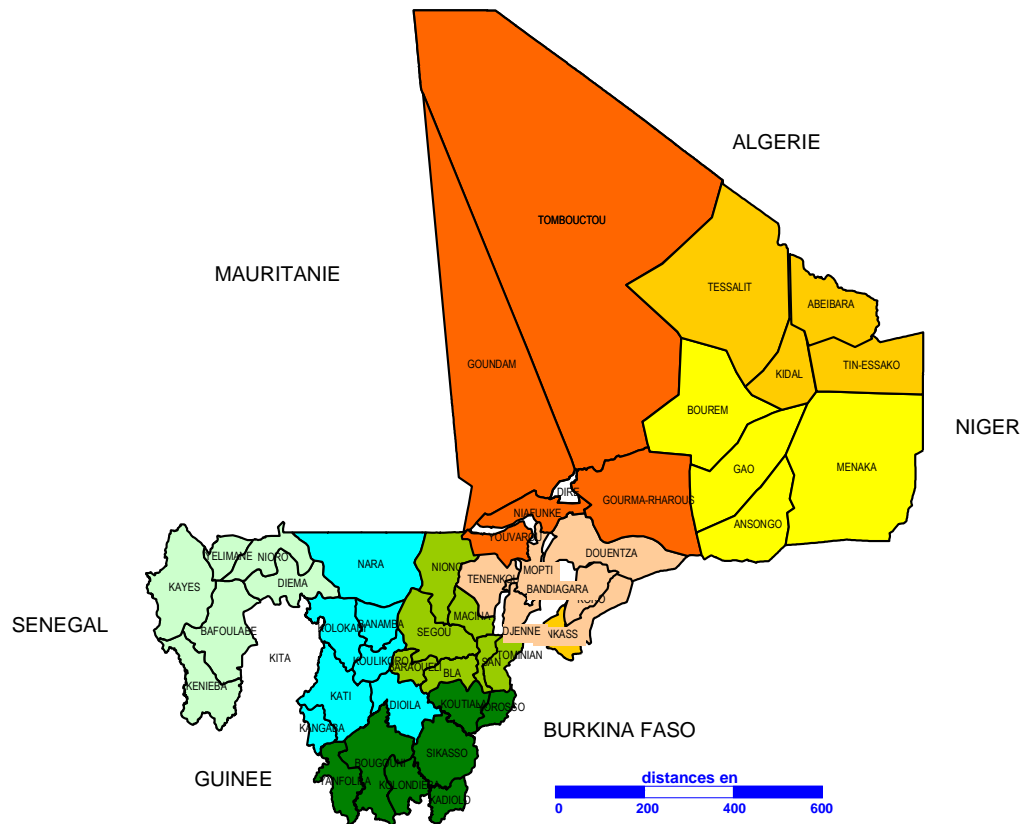
4.1. Présentation du cadre de l'étude

4.1.1 Bref aperçu et connaissance avec le Mali

Le Mali actuel est né le 22 septembre 1960. Ce nom est un rappel et un hommage à la mémoire de l'un des grands empires qu'a connu l'Afrique de l'Ouest : l'Empire du Mali.

Situé au cœur de l'Afrique Occidentale, le Mali est un pays vaste de 1 241 238 Km² et compte 14,5 millions d'habitants selon le dernier recensement général de la population de 2009 dont 50,4% de femmes et 49,6% d'hommes [21].

La République du Mali est un pays en développement situé au cœur de l'Afrique occidentale, il a une superficie de 1.241.190 km² et partage 7.420 km de frontière avec sept Etats voisins : l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'Ouest. Le Mali ne dispose d'aucun accès à la mer et 65 % de son territoire est désertique ou semi-désertique. L'activité économique est surtout limitée autour de la région fluviale irriguée par le fleuve Niger. Environ 10 % de la population est nomade et environ 80 % travaille dans l'agriculture ou la pêche. L'activité industrielle est concentrée autour des activités agricoles. L'immigration constitue une très importante manne de revenus. Le Mali dépend de l'aide étrangère et est très vulnérable aux fluctuations des prix mondiaux du coton, son exportation principale. [22]



4.1.2 Démographie

Depuis 1998, la population malienne a été multipliée par près de 1,5 ce qui fait qu'en 2009, elle est estimée à plus de 14,5 millions d'habitants avec un taux de croissance annuel moyen de 3,6%, selon les résultats provisoires du 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé du 1er au 14 avril 2009.

Selon cette même source (RGPH 2009), la population malienne est composée de 7 202 744 hommes et de 7 314 432 femmes, soit 98 hommes pour 100 femmes. Les femmes représentent 50,4% de la population contre 49,6% pour hommes.

La majorité de la population du pays réside en milieu rural (73,2%) [21].

4.1.3 : Description de la politique de santé du Mali

La politique de santé du Mali est fondée sur les stratégies des Soins de Santé Primaires (SSP) définies lors de la Conférence d'Alma Ata en septembre 1978. La mise en œuvre des SSP a été renforcée par l'adoption en septembre 1987 de l'Initiative de Bamako (IB), dont l'un des objectifs majeurs est de réduire la mortalité maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées de la population. Les principes suivants ont été adoptés à cette fin : Recouvrement des coûts, système de santé de district, santé communautaire et contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO).

En décembre 1990, fut adoptée la déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) qui constitue aujourd'hui le cadre de référence des interventions en matière de santé. En 1998, fut adopté le Plan décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007).

Il est soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers un programme quinquennal : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le premier PRODESS, initialement prévu pour la période 1998-2002, s'est en fait étalé sur la période 1999-2004 car sa mise en œuvre a dû être retardée. Il a été suivi par le second PRODESS, qui est en cours de mise en œuvre depuis 2005 et sera prolongé jusqu'en 2011 afin de s'aligner sur le CSCR. Vu la scission des deux ministères concernés (Ministère de la Santé et Ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées (MDSSPA).

Le PRODESS II comportait deux composantes : Santé et Développement social. La composante Santé comporte les sept volets suivants :

- Volet 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ;
- Volet 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines ;
- Volet 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux ;
- Volet 4 : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie ;
- Volet 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et la participation ;
- Volet 6 : Réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de Recherche ;
- Volet 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

4.1.4 : Description du système de santé du Mali

La politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990 par le gouvernement du Mali est basée sur la décentralisation de l'accès aux soins et la participation communautaire. Ses objectifs généraux sont :

- Etendre la couverture sanitaire ;
- Améliorer l'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population.

Le système de soins de santé a trois niveaux de prise en charge :

- le niveau central avec ses 5 EPH Point "G", Gabriel TOURE, IOTA, CHU-CNOS, Hôpital du Mali constitue la 3ème référence ;

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

- le niveau intermédiaire constitué de 8 EPH (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'hôpital mère enfant) assure la 2ème référence ;
- le niveau opérationnel avec ses 2 échelons qui sont :
 - Le premier échelon composé de 1134CSCom fonctionnels en 2012 offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de même que les structures de santé parapubliques, confessionnelles, services de santé des armées, dispensaires et autres établissements de santé privés.

Les données des ONG sont agrégées avec celles des CSCom. Le PMA comprend : les soins curatifs, préventifs et promotionnels.

- Le deuxième échelon ou première référence est constitué de 60 centres de santé de référence. Il assure la prise en charge de la référence venant du premier échelon [9].

Tableau 2 : Ratio infrastructures sanitaires par habitants

| Etablissements | Mali | Norme OMS |
|-------------------------------|-------------|------------------|
| Hôpital (1/Hts) | 1 117 803 | 150 000 |
| Centre de santé (1/habitants) | 219 633 | 50 000 |
| CsCOM (1/habitants) | 13050 | 10 000 |

Source : [30]

4.1.5 : Le financement du système de santé

Le financement du système de santé est assuré par les ressources en provenance de l'Etat, des partenaires bilatéraux et multilatéraux, des ONG, des collectivités décentralisées et des communautés. Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) 1999-2004 montrent que les dépenses totales de santé en francs courants ont régulièrement augmenté, passant de 109 milliards FCFA en 1999 à 165 milliards FCFA en 2004, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 8%. Le financement global du secteur de la Santé repose en grande partie sur les ménages et les communautés, soit à concurrence de 55% en 2004, contre 22% pour les fonds publics et 9% pour le reste du monde.

En 2006, le budget du secteur de la Santé (72,68 milliards FCFA) représentait 7,8% du Budget général de l'Etat.

Le Budget du Ministère de la Santé s'est élevé à 49,8 milliards FCFA en 2006 et à 32,1 milliards en 2007. Cette modification du budget est due à l'accroissement des budgets des structures déconcentrées, comme les Etablissements Publics hospitaliers (EPH) ou encore les Directions Régionales de la Santé, lesquelles ont vu leur budget passer de 4,75 milliards FCFA en 2006 à 6,5 milliards FCFA en 2007. En 2007, la part du budget de la santé consacrée aux ressources humaines (salaires, recrutements, formations) représentait 19,28%. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) soutiennent le secteur public, communautaire et privé de la Santé au Mali à travers des modalités diverses allant des projets et programmes à l'appui budgétaire global et sectoriel (depuis 2006 pour ce dernier). D'après les Plans Opérationnels

(PO), la contribution attendue des PTF au PRODESS s'élevait en 2007 à 38,17 milliards FCFA (soit 39,33% du PO).

Pour ce qui concerne les dépenses publiques, au cours des dernières années, le secteur de la santé a compté pour environ 7% du budget général de l'Etat et environ 11% des charges récurrentes. La part de la santé dans le budget de l'Etat tend à augmenter depuis quelques années, bénéficiant probablement des ressources de l'appui budgétaire [Lawson et al. 2011]. Ainsi, le secteur de la santé a bénéficié de dotations budgétaires s'élevant à 96,8 milliards FCFA en 2010 et 112 milliards FCFA en 2011, représentant respectivement 7,6% et 8,4% des dotations totales de l'Etat [MEF/DGB] [9].

4.1.6 Analyse de la formation des médecins au mali

L'Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie (ENMP) créée en 1969, et transformée en Faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto-Stomatologie (FMPOS) en 1992, produisait environ 100 médecins chaque année. Avec l'augmentation des inscriptions, la production a atteint 350 médecins en 2006.

Les étudiants accèdent à la FMPOS, après obtention du diplôme du baccalauréat et sur présentation de dossier. L'effectif comprend 10% d'étudiants étrangers [9].

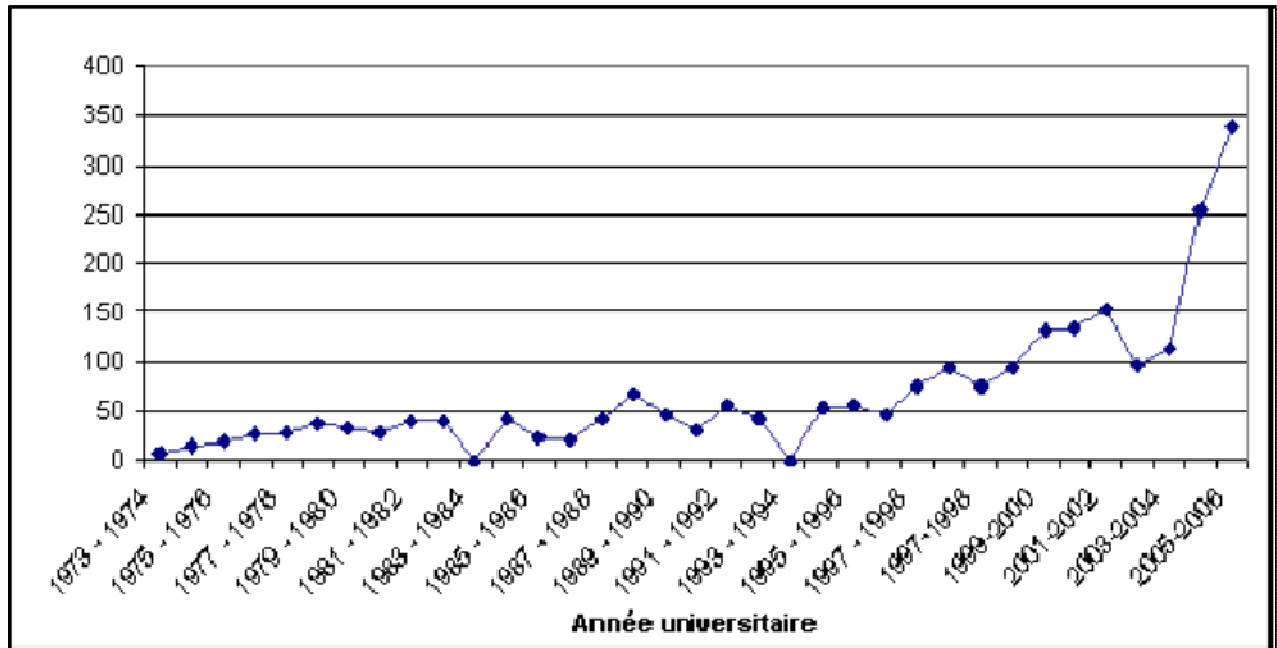


Figure 2 : Nombre de médecins ayant terminé leur formation au Mali de 1974 à 2006

Source : [9].

Pour les médecins et les pharmaciens, compte tenu de l'effectif pléthorique des inscrits en 1ère année et du fait de l'insuffisance du personnel enseignant et d'encadrement, le numérus clausus a été introduit en 2002 afin de permettre à la faculté d'assurer une formation de qualité et de réguler le nombre de diplômés.

On peut signaler l'ouverture d'une faculté privée de médecine en 2009 au sein de l'université Kankoun Moussa.

Il existe au sein de la FMOS des filières de spécialisations qui permettent d'obtenir les certificats d'études spéciales (CES), pédiatrie, cardiologie, gynéco-obstétrique, dermatologie, chirurgie générale, ORL et chirurgie cervico-faciale, anesthésie-réanimation, ophtalmologie, chirurgie thoracique, endocrinologie-Diabétologie, médecine interne, chirurgie traumatologie et

orthopédie, biologie clinique, médecine communautaire et médecine de famille, chirurgie maxillo-faciale, neurologie, psychiatrie, hématologie clinique, sante publique.

Malgré ces efforts, le système de santé dispose de peu de spécialistes, ce qui a été retenu comme un axe majeur de la politique de développement des ressources humaines. Le plan stratégique national de développement des ressources humaines prend en compte les besoins prioritaires en matière de spécialisation [9].

4.1.7 : Utilisation des ressources humaines de sante au Mali

4.1.7.1 : Modalité de recrutement

Le recrutement se fait selon le secteur par voie de concours ou sur contrat après sélection.

4.1.7.2 : Recrutement dans le secteur public

Les fonctionnaires sont recrutés par voie de concours par le Ministre chargé de la fonction publique et mis à la disposition du Ministre de la Santé qui procède à leur répartition d'une part entre les régions et d'autre part entre les services centraux.

Tableau 3 : Evolution des recrutements des médecins dans la fonction publique de 2000 à 2013

| ANNEE | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| NOMBRE | 42 | 83 | 61 | 53 | 20 | 7 | 23 | 27 | 111 | 120 | 112 | 112 | 117 | 0 |

Source : [23]

Au-delà du problème de recrutement des ressources humaines disponibles par le Ministère de la santé, le déficit en personnel soignant qualifié dans certaines structures sanitaires du Mali peut être aggravé par l'utilisation de ces ressources humaines à des tâches administratives. En 2004, 31% des médecins, 16% des sages-femmes et 11% des infirmières occupaient des postes administratifs dans les structures centrales du Ministère.

Les Gouverneurs de région recrutent dans le cadre d'un remplacement sur fonds PPTE du personnel de santé au profit des CSCOM.

Les Hôpitaux et les centres de santé de références font des recrutements à la limite de leurs moyens sur les fonds de recouvrement de coûts ou fonds propres. Le niveau de recrutement est 1 à 3 personnes en moyenne par an et par structure.

Les ASACO recrutent sur contrat le personnel pour les CSCOM

Cependant les besoins exprimés chaque année par les services publics sont en moyenne 900 personnes. Un tiers (1/3) seulement est satisfait par le budget affecté au recrutement.

4.1.7.3 : Recrutement dans le secteur privé

Le secteur privé recrute mais très timidement. Ce recrutement se fait à travers les bureaux de placement sous le contrôle de la Direction Nationale du travail.

En vue de rapprocher l'offre d'emploi formulée par les entreprises et organisations des demandes potentielles d'emploi, les bureaux de placement payants procèdent par :

- Appel d'offre ;
- Exploitation de la base de données « demandeurs d'emploi » ;
- Recherche directe (Chasse de tête).

L'appel d'offre est lancé suivant les critères ci-après :

1. Etre écrite et publiée pendant au moins quinze jours ;
2. Comporter une présentation de l'entreprise ;
3. Informer le candidat de la fonction qu'il va occuper et des conditions proposées ;
4. Préciser les exigences du poste ;
5. Être vraie.

Les étapes de recrutement par les agences privées de placement consistent en :

1. dépouillement et analyses des dossiers de candidature ;
2. Passation des tests (techniques et psychologiques) pour les candidats retenus sur dossier ;
3. Interview des candidats retenus aux tests ;
4. Elaboration d'un rapport de recrutement proposant les trois meilleurs candidats.

4.1.8 : Mécanismes de répartition et déploiement

Le ministère de la santé n'a pas encore introduit dans son système de gestion les descriptions d'emploi, ou des plans de carrière en dehors des dispositions statutaires.

Selon les données du Ministère de la Santé de Février 2010, au total 13 230 agents sont employés dans les secteurs public, parapublic et communautaire, toutes catégories confondues. La diversité de leurs statuts est très forte, surtout pour les personnels non qualifiés.

Les personnels de santé diplômés fonctionnaires et contractuels de l'Etat, et du secteur communautaire sont au nombre de 6701, toutes catégories confondues.

Cependant, on note un important déficit en personnel spécialisé : il existe 1 urologue pour 1.577.879 habitants ; 1 neurologue pour 2.103.839 habitants.

Les spécialistes sont concentrés à Bamako. Les conséquences de cette situation sur le fonctionnement du système de soins sont préoccupantes : dans les régions les plus défavorisées, de nombreux CSCOM ne disposent pas de personnel qualifié (médecin, infirmier) ; en 2009, 46%(455/ 993) des CSCOM sont tenus par au moins 1 médecin généraliste. Les CSCOM tenus par des auxiliaires de santé sont de l'ordre de 25,5% dans la région de Tombouctou et 16,15% dans la région de Kayes. En outre, certains hôpitaux ne disposent pas encore de tous les spécialistes nécessaires pour assurer l'offre de soins et services de qualité [9].

4.1.9 : La situation des ressources humaines dans le système de santé au Mali

La pénurie de Ressources Humaines compétentes et motivées pour la santé est désormais reconnue comme la principale contrainte du système de santé malien, au-delà du manque d'infrastructures, d'équipements et de moyens financiers.

Malgré les efforts fournis en matière de recrutement du personnel (fonction publique, PPTE, collectivité, communauté) la disponibilité des ressources humaines qualifiées demeure un grand défi pour l'atteinte des objectifs du millénaire [9].

4.1.9.1 : Disponibilité des ressources humaines de santé

4.1.9.1.1 : Effectifs existants

D'après le rapport du Comité Technique du Ministère de la Santé, le Mali avait en avril 2011 au total 15103 personnel de santé toutes catégories confondues [24]

4.1.9.1.2 : Effectifs existant et normes de RHS au Mali

| | Nombre actuel de RHS | | Nombre nécessaire de RHS (selon les recommandations) | |
|--------------|----------------------|-----------------------------|--|-------------------|
| | Nombre existant | Ratio pour 10,000 habitants | Recommandations OMS pour 10,000 habitants | Normes nationales |
| Médecins | 1229 | 1/14511 | 1.00 | 1/10 000 |
| Infirmières | 3205 | 1/21526 | 2.00 | 1/5 000 |
| Sages-femmes | 735 | 1/3860 | 1.00 | 1/5 000 |
| Total | 5169 | | 4.00 | 3.00 |

Source : [25]

Tableau v : Ratios personnel de santé (Médecin, Sage-femme, Infirmier/Assistant médicaux) par habitant en 2012

| Régions | Ratios : médecin/ habitant | Ratios : sage- femme/ habitant | Ratios : infirmiers et assistants médicaux / habitant | Ecart maximum : médecin/ habitant de la région comparé à la moyenne nationale | Ecart maximum : sage-femme / habitant de la région comparé à la moyenne nationale | Ecart maximum : infirmiers & assistants médicaux / habitant de la région comparé à la moyenne nationale |
|----------------|---|--|--|--|--|--|
| Kayes | 1 / 16.367 | 1 / 12.966 | 1 / 3.970 | -1 / 6.916 | -1 / 2.292 | -1 / 34 |
| Koulikoro | 1 / 21.029 | 1 / 14.656 | 1 / 7.464 | -1 / 11.578 | -1 / 3.982 | -1 / 3.528 |
| Sikasso | 1 / 17.276 | 1 / 16.310 | 1 / 4.681 | -1 / 7.825 | -1 / 5.636 | -1 / 745 |
| Ségou | 1 / 14.786 | 1 / 16.224 | 1 / 4.035 | -1 / 5.335 | -1 / 5.550 | -1 / 99 |
| Mopti | 1 / 19.040 | 1 / 37.042 | 1 / 7.688 | -1 / 9.589 | -1 / 26.368 | -1 / 3.752 |
| Tombouctou | 1 / 13.109 | 1 / 9.468 | 1 / 3.808 | -1 / 3.658 | 1 / 1.206 | 1 / 128 |
| Gao | 1 / 9.069 | 1 / 4.858 | 1 / 2.462 | 1 / 382 | 1 / 5.816 | 1 / 1.474 |
| Kidal | 1 / 3.560 | 1 / 4.509 | 1 / 1.439 | 1 / 5.891 | 1 / 6.165 | 1 / 2.497 |
| Bamako | 1 / 9.623 | 1 / 4.903 | 1 / 4.580 | -1 / 172 | 1 / 5.771 | -1 / 644 |

Source : [26]

NB : les ratios ont été calculés sur la base des anciennes normes de l'OMS. Ils datent de 2010

Le ratio recommandé par l'OMS est de 2,45 agents de santé pour 1000 habitants pour couvrir les besoins de santé.

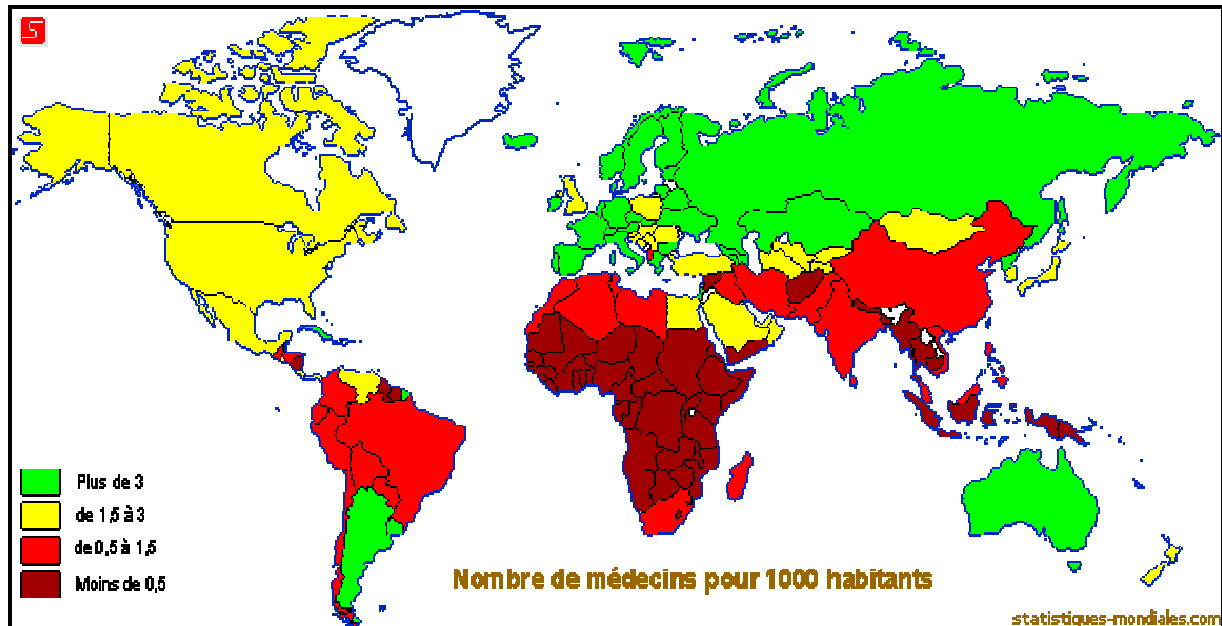


Figure 3 : Nombre de médecins pour 1 000 habitants

Source [27]

4.1.9.1.3 : Fonction publique et gestion des ressources humaines en santé au Mali

La gestion des ressources humaines au sein du Ministère de la Santé est répartie entre trois entités :

- la Direction des finances et du matériel pour la gestion des fichiers du personnel ;
- la Cellule de Planification et de Statistiques pour la gestion des bourses de formation de longue durée ;
- l'Institut National de Formation Paramédicale en Sciences de la Santé pour la gestion des écoles publiques de santé.

La gestion administrative du personnel est basée essentiellement sur le statut général des fonctionnaires, le statut des fonctionnaires des collectivités territoriales et sur le code du travail en vigueur. Le personnel est constitué de fonctionnaires, de conventionnaires ; et de trois types de contractuels qui sont

pris en charge respectivement par l'Etat, les ASACO et Conseils de gestion, les collectivités décentralisées.

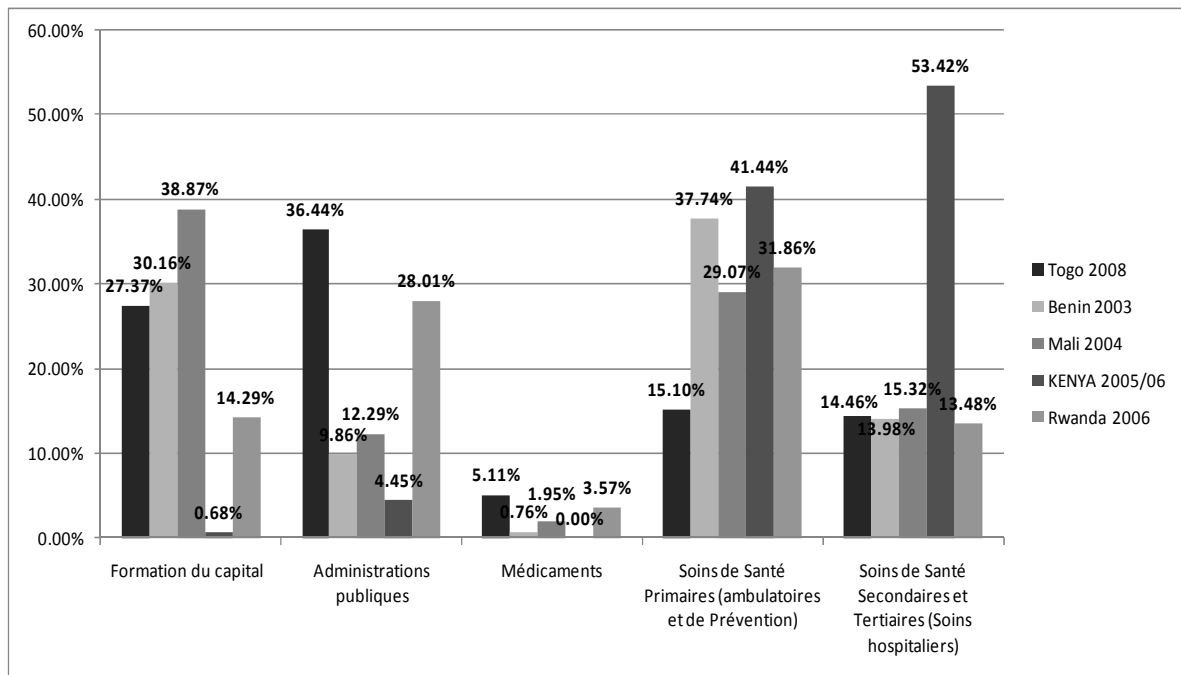


Figure 4 : Comparaison des dépenses de l'Etat par fonctions de santé entre le Mali, le Togo, le Bénin, et le Kenya
Source : [28]

4.1.9.1.4 : Rémunération et financement des ressources humaines de santé

Comparées aux pays voisins, les rémunérations des ressources humaines en santé au Mali semblent sous la moyenne. Comme souvent, la rémunération des agents recrutés par le Ministère de la Fonction Publique est strictement liée à la grille salariale des fonctionnaires. Plusieurs primes existent, pour compléter cette rémunération.

Quant au secteur communautaire, les salaires sont payés sur une base contractuelle. Dans le secteur privé à but lucratif, la prise en charge du personnel est assurée selon le code du travail.

Comme illustré sur le graphique ci-dessous, la rémunération proposée est sous la moyenne de la sous-région.

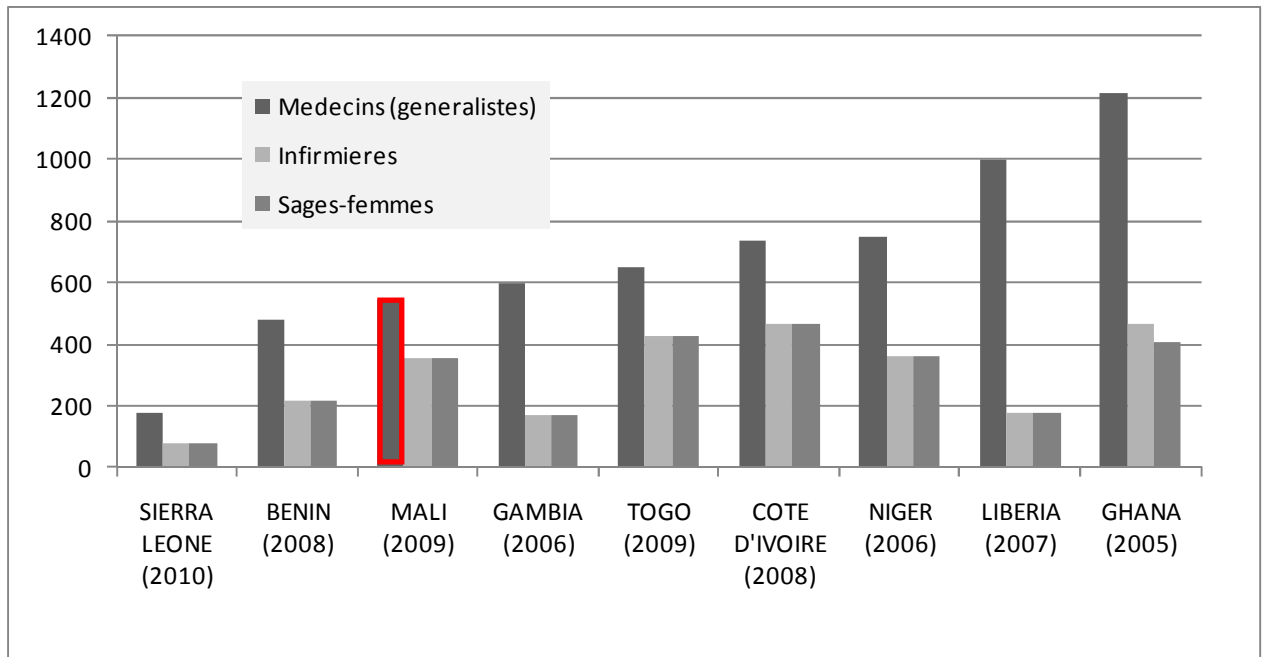


Figure 5 : Salaires moyens des RHS en Afrique de l'Ouest

Source : [28]

Au Mali, le salaire de base ou salaire de transposition d'un médecin en début de carrière est de 1 65 000 FCFA et 313 500 FCFA en fin de carrière.

Ces montants ne prennent pas en compte les allocations familiales, les indemnités, les primes et autres avantages [25].

4.1.11 : Problèmes d'état de santé au Mali

Le problème se pose d'une part vis-à-vis de l'insuffisance d'effectifs pour assurer le bon fonctionnement des services de santé existants, et d'autre part vis-à-vis de la nécessité de disposer de personnels suffisants pour étendre la couverture sanitaire nationale. Le déficit de médecins est surtout élevé dans la zone 1 de pauvreté (Koulikoro, Mopti). Quant aux sages-femmes, leur déficit est important dans toutes les régions (zones 1 et 2 de pauvreté) excepté le district de Bamako

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

Le problème de l'insuffisance de personnels spécialisés constitue l'autre dimension importante de la pénurie. Le nombre encore limité de personnel médical et paramédical spécialisé et compétent, surtout dans les zones rurales, ne permet pas de garantir la qualité des soins dans toutes les formations sanitaires. Il y a, par ailleurs, beaucoup d'agents de santé parmi le personnel vieillissant qui ont besoin d'une remise à niveau pour s'adapter à l'évolution de la pratique médicale. Certains services administratifs du secteur santé sont aussi concernés par ce problème de manque de spécialistes. Il est désormais largement reconnu que la politique générale de recrutement et d'affectation du Ministère de la Santé doit être revue afin de rationaliser la gestion des ressources existantes [26].

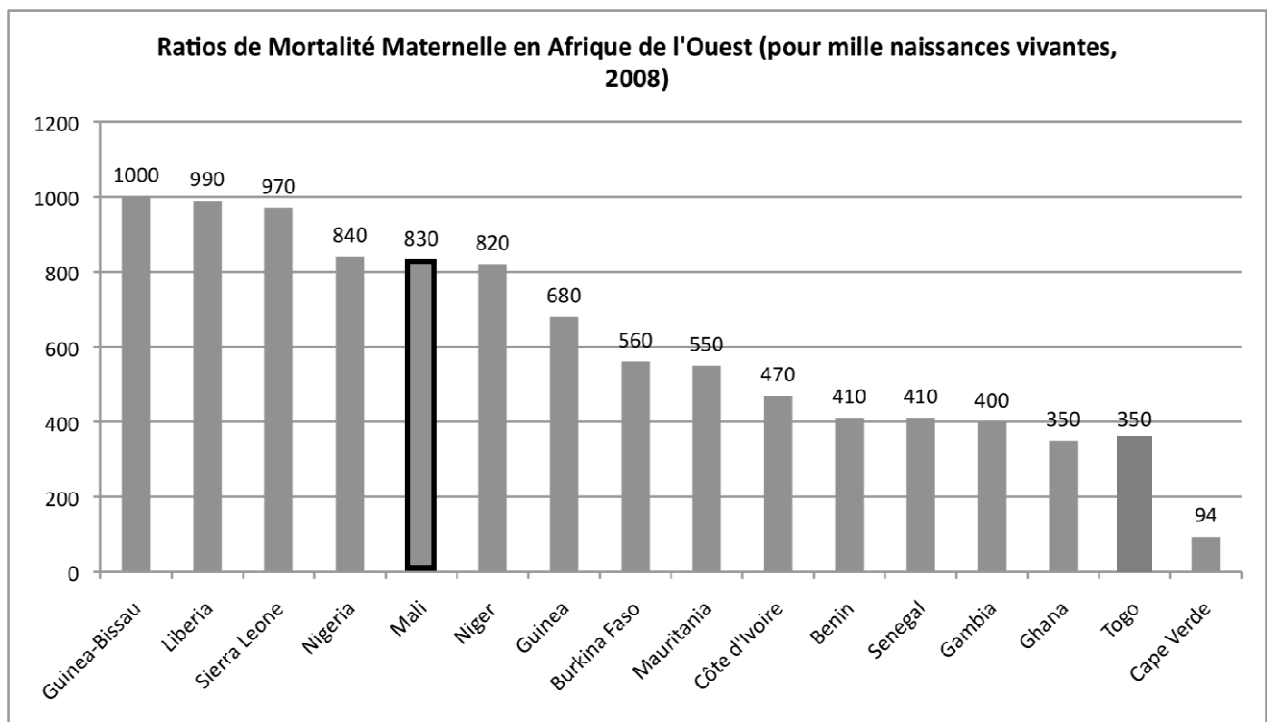


Figure 6 : Place du Mali parmi les pays d'Afrique de l'Ouest en termes de mortalité maternelle

Source: [28]

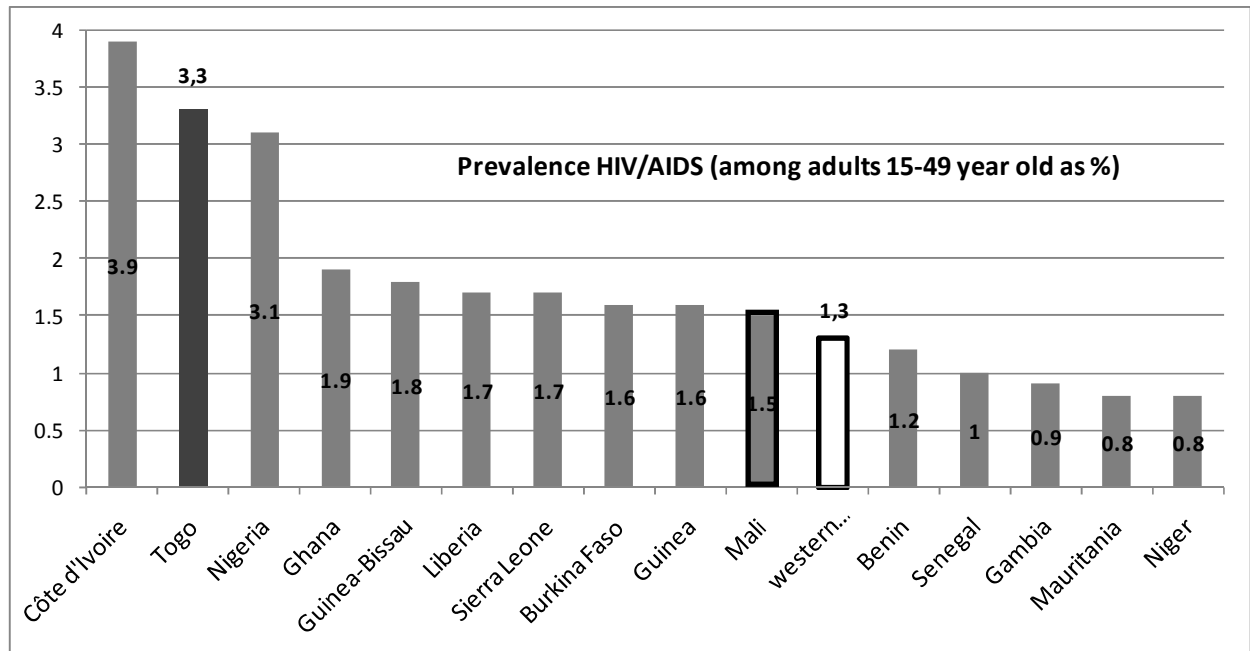


Figure 7 : Place du Mali dans la prévalence du VIH-SIDA en Afrique de l'Ouest

Source : [28]

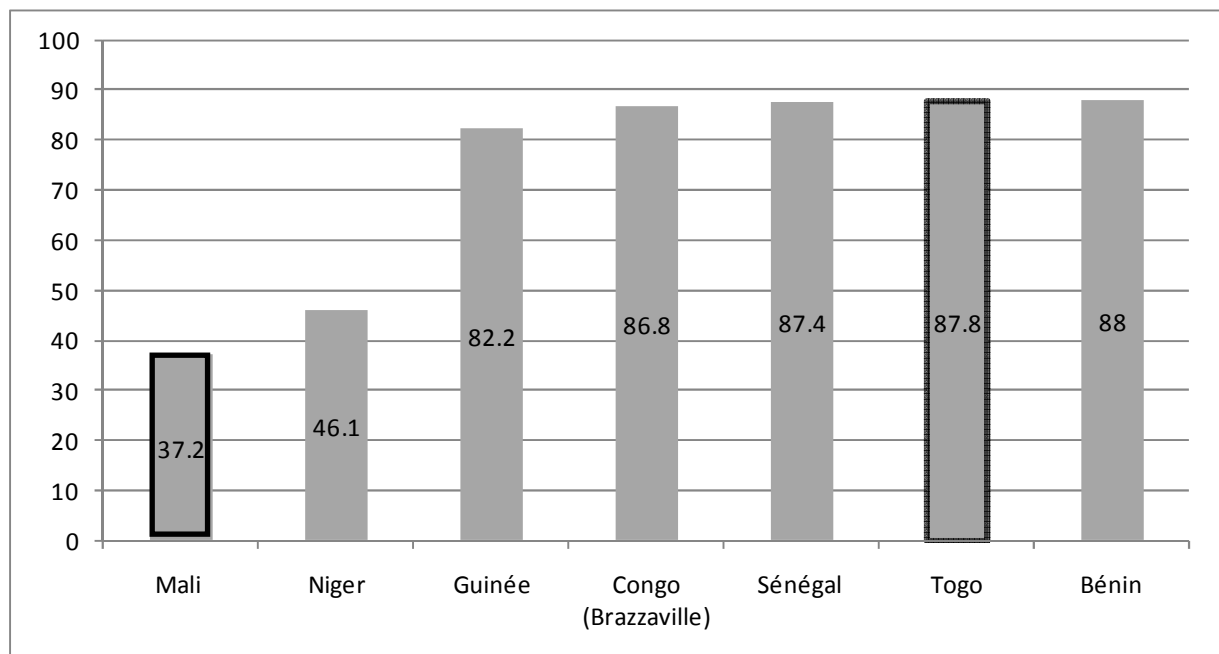


Figure 8 : Pourcentage de consultations prénatales (au moins une) dans divers pays d'Afrique de l'Ouest

Source : [28]

4.2 : POPULATION D'ETUDE : Médecins généralistes et spécialistes résidant à Bamako, à l'intérieur du Mali ou à l'étranger.

4.3 : Type et durée d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale, de type descriptif.

4.4 : Critère d'inclusion : Médecins maliens généralistes et spécialistes titulaires ayant accepté de participer à l'étude.

4.5 : Critères de non inclusion : refus de participation à l'étude, médecins non maliens.

4.6 : Échantillonnage : Il a été procédé à un échantillonnage orienté à des médecins dans chacune des formations sanitaires citées ci-dessous.

L'échantillonnage était basé sur quelques types de formation sanitaire. Il s'agissait d'inclure, si possible :

- Les hôpitaux tertiaires ;
- Les hôpitaux régionaux ;
- Les centres de santé de référence du district ;
- Les associations en santé communautaire ;
- les cliniques privées.

L'échantillon a été sélectionné du personnel de chacune des formations sanitaires suivantes citées ci-dessus et des sites des rencontres des médecins.

Les 50 fiches de questionnaires étaient incomplètement remplies, donc nous avons retenus 200 sur les 250 fiches de questionnaire remplis.

Un nombre supplémentaire de 10 médecins et 2 responsables de la gestion des ressources humaines en santé ont été choisis pour des entrevues en profondeur.

4.7 : Techniques de collecte des données

Nous avons commencé par des recherches documentaires, et la clarification de quelques concepts clés.

Nous avons parcouru les références des études incluses et sélectionné les revues pertinentes sur le sujet, et consulté les sites Web pertinents.

La réalisation de notre étude s'est appuyée aussi sur des :

- Données de littérature (OMS, Publications, Mémoires et Thèses) ;
- Rapports et données du ministère de la santé du Mali.

Nous avons calculé la "perte cumulative" qui correspond à la différence de tous les médecins formés pendant une période donnée et le nombre recrutés dans le secteur publique au cours de la même période.

Nous avons procédé à une enquête sur terrain auprès des médecins dans les différentes formations sanitaires et également travaillé avec le service académique de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'université des sciences des techniques et des technologies de Bamako, l'ordre des médecins, l'association des jeunes médecins, la Direction nationale de la santé.

Une fiche de questionnaire préétablie a servi de support d'enquête auprès des médecins, comportant 6 paramètres :

- Renseignements généraux
- Attitudes des médecins face à l'émigration
- Les causes de l'émigration
- Les impacts de l'émigration
- Les actions du gouvernement face à l'émigration
- Les propositions de solutions envisageables

Notre étude s'est d'une part basée sur une approche hypothético-déductive, étant donné que notre questionnaire semi-directif s'est construit à partir d'hypothèses tirées des différentes théories migratoires et des résultats des études dans d'autres pays de contexte similaire ou non, hypothèses dont nous avons cherché à déterminer la pertinence tout en restant ouvert à d'autres facteurs explicatifs. D'autre part, elle a aussi procédé d'une démarche inductive c'est-à-dire qu'elle s'est nourrie des discours des migrants pour tenter d'élaborer un modèle explicatif de la prise de décision de migrer, modèle qui reflète en partie les propositions des différentes théories existantes.

4.8 : Saisie, analyse et de présentation des données :

Nous avons regroupé toutes les informations sur les fiches d'enquête dans une base de données sur le logiciel épi info, version 3.5.3.

Ce logiciel nous a permis d'obtenir facilement tous nos tableaux récapitulatifs.

Le logiciel Word, PowerPoint du Pacte office 2013 ont servis à la saisie et à la présentation des données.

S'agissant des données qualitatives, les réponses des questionnaires ont été codées avant de lancer les fréquences.

Les principales réponses ont été notées et résumées en fonction de mots clés.

Elles ont été comparées pour la cohérence et nous avons retenu les principales réponses.

Les concepts définis et les hypothèses que nous avons émises nous ont guidés en tant que cadre de référence, pour effectuer le filtrage des informations et par la suite leur interprétation.

L'analyse du contenu qualitatif a été utilisée principalement pour les aspects sensibles tels que les facteurs de répulsion de l'émigration et les effets de l'émigration.

En ce qui concerne les facteurs en faveur de l'émigration et les effets de celle-ci, ont été recueillis et analysés en fonction de la cohérence des opinions.

4.9 : Considération éthique

Etant donné que dans toute recherche des règles éthiques et déontologique sont à respecter et annoncer aux enquêtés, avant de collecter les données nous avons expliqués aux médecins qui ont fait l'objet de notre étude le but de notre enquête en mettant l'accent sur l'anonymat de personne en vue de garantir les résultats de notre étude.

Nous avons obtenu l'obtention autorisation d'enquête à la FMOS et un consentement libre et éclairé des participants.

Une confidentialité stricte a été appliquée au cours du traitement de ces données.

4.10 : Les limites de l'étude

Notre étude a connu plusieurs limites en général et à l'étape de l'exercice de collecte de données. Nous énumérons ci-dessous certaines de ces limites :

Le questionnaire était assez long et a dû décourager certains enquêtés à remplir complètement.

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

Il y avait des incohérences dans certains des ensembles de données qui ont été recueillies.

Le financement sur fond propre pour l'étude était limité.

Il n'existait pas de ressources statistiques permettant de connaître le nombre de médecins émigrés, aussi nous n'avons pas obtenus d'informations sur les projets d'émigration grâce aux procédures qu'ils auraient effectuées à l'Ordre des médecins.

Ces limites ont rendu difficile l'estimation de l'ampleur véritable de l'émigration au Mali.

Nous n'avons pas pu recueillir d'information auprès des médecins émigrés.

V. RESULTATS

I. Evaluation des coûts de formation des médecins : Hypothèse de calcul de coût annuel de formation

L'idéal aurait été que l'on puisse déterminer le coût de formation d'un médecin pour l'Etat. Mais cela n'a pas été possible pour des difficultés liées à l'analyse de l'investissement.

Mais néanmoins nous avons évalué le coût de formation d'un médecin spécialiste au Mali et à l'étranger.

Les coûts de formations des spécialistes sont ceux appliqués dans la sous-région africaine et ceux en dehors de la région africaine. Ils sont estimés successivement à US \$ 22 000 et US \$ 30 000. Au coût du dollar actuel (28 juin 2014), ceci donne respectivement 10 573 750 FCA et 14 418 750 FCEA.

Les coûts de formation des spécialistes au Mali ont été calculés en fonction de sommes versées par l'Etat chaque année auprès de la faculté pour chaque médecin en formation.

Les coûts varient en fonction des zones de formation. Les zones sont : Zone 1= au Mali, Zone 2= en Afrique, Zone 3= Hors Afrique

Tableau VI : Coût de formation des médecins selon les zones

| ZONES | Mali | Afrique | Hors Afrique |
|----------------------|-------------|----------------|---------------------|
| Coûts en FCFA | 300 000 | 3 050 000 | 7 000 000 |

En ce qui concerne les coûts pour les médecins inscrits en master de santé publique, ils sont de 2 650 000 FCFA par an soit environ US \$ 5 515. La formation de master dure 2 ans.

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

En ce qui concerne le coût de formation d'un médecin généraliste nous retenons le montant attribué par le gouvernement à travers les bourses.

Tableau VII : Répartition des montants attribués par le gouvernement durant le cycle de formation d'un étudiant en médecine

| Classe | PCEM1- DCEM2 | DCEM3- DCEM4 | 7 ^{ème} Année | 8 ^{ème} Année | Total |
|---------------------|-----------------|-----------------|---------------------------|---------------------------|------------------|
| Bourses | 945 000 | 630 000 | 315 000 | 105 000 | 1995 000 |
| Trousseaux | 152 000 | 76 000 | 38 000 | 38 000 | 304 000 |
| Bourses de vacances | 160 000 | 80 000 | 40 000 | 40 000 | 320 000 |
| Frais de thèse | | | 75 000 | | 75 000 |
| Total | 1 257 000 | 786 000 | 468 000 | 183 000 | 2 694 000 |

Un étudiant en médecine qui n'a jamais repris sa classe perçoit une somme de 2 694 000 FCFA soit US \$ 5 605 durant son cycle de formation de la part du gouvernement. Cette aide se répartit en trousseaux, en bourse mensuelle durant les 9 mois de l'année universitaire, une bourse de vacances et un frais de thèse pour l'étudiant en 7^{ème} année de médecine.

Le Mali a formé de 1970 à 2012 un effectif total de 4902 médecins dont 4298 de nationalité malienne.

De 1990 à 2012, le secteur public a enregistré une perte cumulative de 2787 médecins soit 1014 médecins recrutés dans la fonction publique contre 3829 médecins formés.

Les tableaux ci-dessous illustrent les productions de médecins au Mali et la perte cumulative des médecins dans le secteur public.

Tableau VIII : Nombre de médecins formés de nationalité malienne de 1970 à 2012

| Année | Nombre | Année | Nombre |
|--------------|---------------|--------------|---------------|
| 1970 | 0 | 1992 | 56 |
| 1971 | 0 | 1993 | 40 |
| 1972 | 0 | 1994 | 0 |
| 1973 | 0 | 1995 | 47 |
| 1974 | 6 | 1996 | 48 |
| 1975 | 13 | 1997 | 36 |
| 1976 | 18 | 1998 | 69 |
| 1977 | 25 | 1999 | 81 |
| 1978 | 29 | 2000 | 114 |
| 1979 | 37 | 2001 | 118 |
| 1980 | 33 | 2002 | 129 |
| 1981 | 28 | 2003 | 75 |
| 1982 | 41 | 2004 | 59 |
| 1983 | 39 | 2005 | 187 |
| 1984 | 0 | 2006 | 325 |
| 1985 | 43 | 2007 | 315 |
| 1986 | 24 | 2008 | 549 |
| 1987 | 21 | 2009 | 457 |
| 1988 | 43 | 2010 | 546 |
| 1989 | 69 | 2011 | 289 |
| 1990 | 47 | 2012 | 213 |
| 1991 | 29 | | |
| TOTAL | | | 4298 |

Tableau IX : Nombre de médecins formés de nationalité étrangère

| Année | Nombre | Année | Nombre |
|--------------|--------|-------|------------|
| 1970 | 0 | 1992 | 0 |
| 1971 | 0 | 1993 | 3 |
| 1972 | 0 | 1994 | 5 |
| 1973 | 0 | 1995 | 6 |
| 1974 | 2 | 1996 | 8 |
| 1975 | 0 | 1997 | 11 |
| 1976 | 0 | 1998 | 6 |
| 1977 | 0 | 1999 | 12 |
| 1978 | 0 | 2000 | 15 |
| 1979 | 0 | 2001 | 18 |
| 1980 | 0 | 2002 | 29 |
| 1981 | 1 | 2003 | 23 |
| 1982 | 0 | 2004 | 53 |
| 1983 | 0 | 2005 | 66 |
| 1984 | 0 | 2006 | 44 |
| 1985 | 0 | 2007 | 29 |
| 1986 | 0 | 2008 | 65 |
| 1987 | 0 | 2009 | 82 |
| 1988 | 0 | 2010 | 60 |
| 1989 | 0 | 2011 | 35 |
| 1990 | 0 | 2012 | 12 |
| 1991 | 1 | 2013 | 21 |
| TOTAL | | | 625 |

Tableau VIII : Perte annuelle et cumulative de médecins dans le secteur public au Mali, 1990- 2012

| ANNEE | Nombre de médecins formes | Nombre recrutés dans le secteur public | Nombre réel disponible pour recrutement* | Perte annuelle | Perte cumulative |
|-------|---------------------------|--|--|----------------|------------------|
| 1990 | 47 | 2 | - | 45 | 45 |
| 1991 | 29 | 0 | 74 | 29 | 74 |
| 1992 | 56 | 3 | 130 | 53 | 127 |
| 1993 | 40 | 1 | 167 | 39 | 166 |
| 1994 | 0 | 4 | 166 | -4 | 162 |
| 1995 | 47 | 3 | 209 | 44 | 206 |
| 1996 | 48 | 43 | 254 | 5 | 211 |
| 1997 | 36 | 28 | 247 | 8 | 219 |
| 1998 | 69 | 44 | 288 | 25 | 244 |
| 1999 | 81 | 48 | 325 | 33 | 277 |
| 2000 | 114 | 42 | 391 | 72 | 349 |
| 2001 | 118 | 83 | 467 | 35 | 384 |
| 2002 | 129 | 61 | 513 | 68 | 452 |
| 2003 | 75 | 53 | 527 | 22 | 474 |
| 2004 | 59 | 19 | 533 | 39 | 514 |
| 2005 | 187 | 7 | 701 | 180 | 693 |
| 2006 | 325 | 23 | 1019 | 302 | 995 |
| 2007 | 315 | 27 | 1311 | 288 | 1283 |
| 2008 | 549 | 111 | 1833 | 438 | 1721 |
| 2009 | 457 | 120 | 2179 | 337 | 2058 |
| 2010 | 546 | 112 | 2605 | 434 | 2492 |
| 2011 | 289 | 90 | 2782 | 199 | 2691 |
| 2012 | 213 | 117 | 2905 | 96 | 2787 |

Tableau XI : Répartition des effectifs actuels inscrits par classe selon les différents CES de la FMOS (2012-2013)

| CES en formation / effectifs par classe | 1 ^{er} | 2 ^{eme} | 3 ^{eme} | 4 ^{eme} | 5 ^{eme} | Total |
|---|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------|
| Cardiologie | 7 | 11 | 12 | 7 | | 37 |
| Chirurgie générale | 8 | 6 | 10 | 11 | 8 | 43 |
| Pédiatrie | 11 | 13 | 19 | 11 | | 54 |
| Ophthalmologie | 5 | 5 | 2 | 3 | | 15 |
| Gynécologie Obstétrique | 12 | 10 | 5 | 3 | | 30 |
| Gastro-entérologie | 2 | 4 | 4 | 0 | | 10 |
| ORL-CCF | 0 | 0 | 3 | 0 | | 4 |
| Traumatologie orthopédie | 9 | 8 | 0 | 2 | | 19 |
| Chirurgie thoracique | 1 | 4 | 0 | 0 | | 5 |
| Hématologie clinique | 0 | 3 | 0 | 0 | | 3 |
| Néphrologie | 4 | 5 | 0 | 10 | | 19 |
| Maladies infectieuses | 0 | 0 | 10 | 0 | | 10 |
| Anesthésie Réanimation | 0 | 0 | 15 | 0 | | 15 |
| Dermatologie | 0 | 6 | 6 | 3 | | 15 |
| Radiologie Imagerie médicale | 14 | 16 | 4 | 0 | | 34 |
| Médecine interne | 3 | 0 | 2 | 8 | | 13 |
| Endocrinologie | 0 | 0 | 12 | 0 | | 12 |
| Master en santé publique | 20 | 24 | | | | 44 |
| Urologie | 0 | 0 | 12 | 0 | | 12 |
| Chirurgie maxillo- faciale | 0 | 8 | 0 | 0 | | 8 |
| Diabétologie | 0 | 15 | 0 | 0 | | 15 |
| Médecine de famille/communautaire | 0 | 10 | 0 | 0 | | 10 |
| Chirurgie cervico- faciale | 4 | 0 | 0 | 0 | | 4 |
| Psychiatrie | 5 | 0 | 0 | 0 | | 5 |
| Neurologie | 1 | 0 | 0 | 0 | | 1 |
| Total | | | | | | 440 |

II. Caractéristiques démographiques et qualification professionnelle

1. Age et sexe

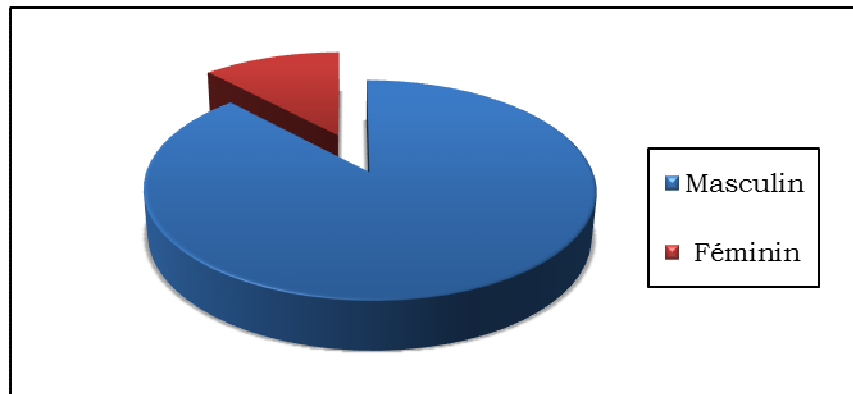


Figure 9 : Répartition des médecins interrogés selon le sexe

L'échantillon total interrogé se compose de 200 médecins, 88% d'hommes et 12 % de femmes (sexe ratio H/F = 0,1), âgées de 49 ans au plus (moyenne = 37 ans).

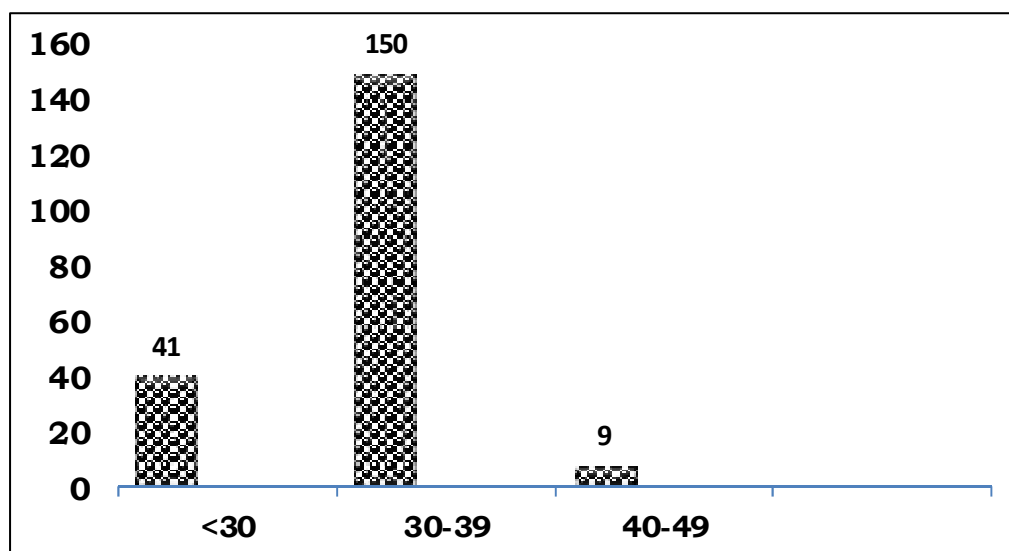


Figure 10 : Répartition des médecins interrogés selon l'âge

La tranche d'âge 30-39 ans était majoritaire avec 75%.

2. Statut matrimonial

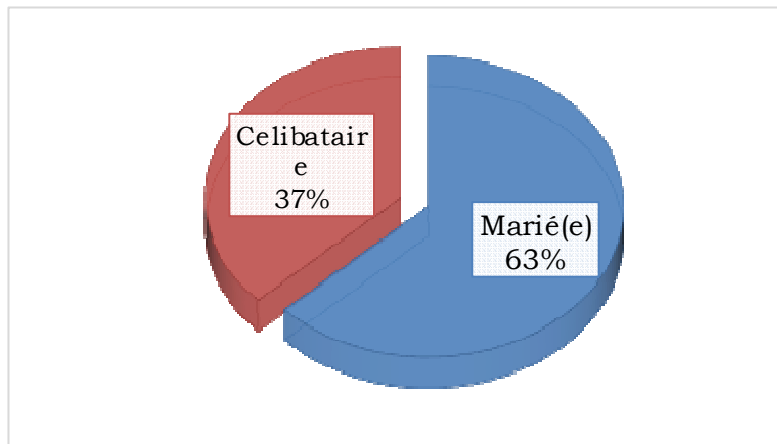


Figure 11 : Répartition des médecins selon le statut matrimonial

La majorité des médecins (126) était des mariés avec un taux de 63%.

3. Lieu de résidence

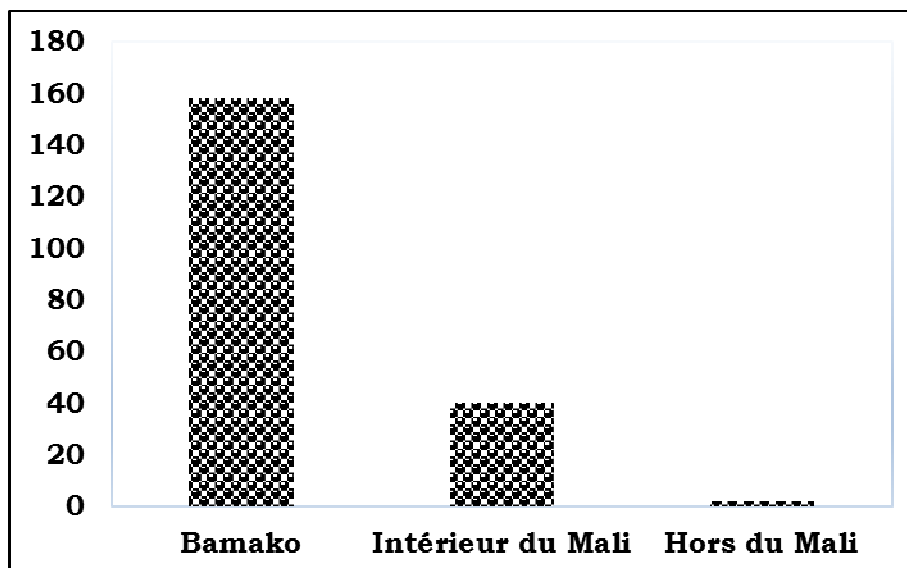


Figure 12 : Répartition des médecins selon le lieu de résidence

La majorité des médecins résidaient à Bamako avec 79% et 2 médecins hors du Mali.

4. Niveau de formation

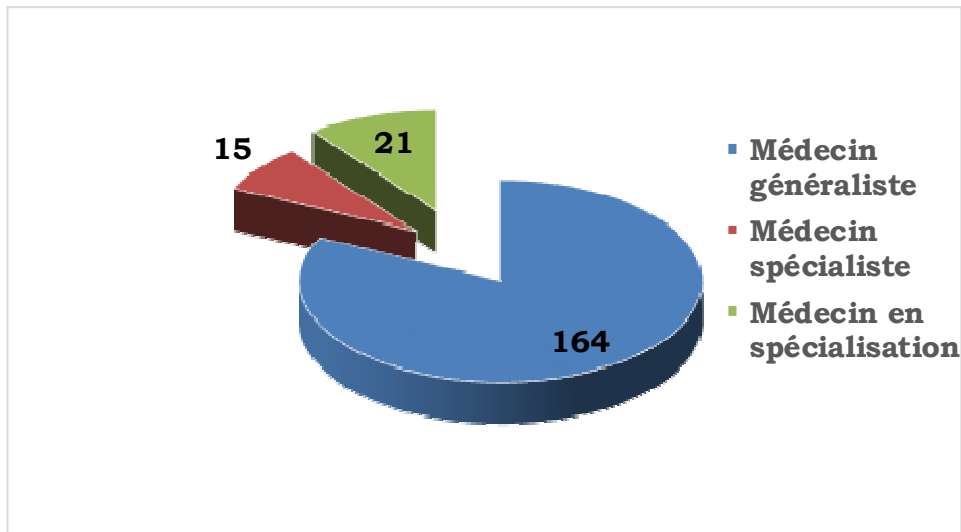


Figure 13 : Répartition des médecins selon la qualification

La majorité des médecins était des généralistes avec un taux de 82.0% suivi des spécialistes et des médecins en spécialisation soit respectivement 7.5% et 10.5%.

5. Domaine de spécialité

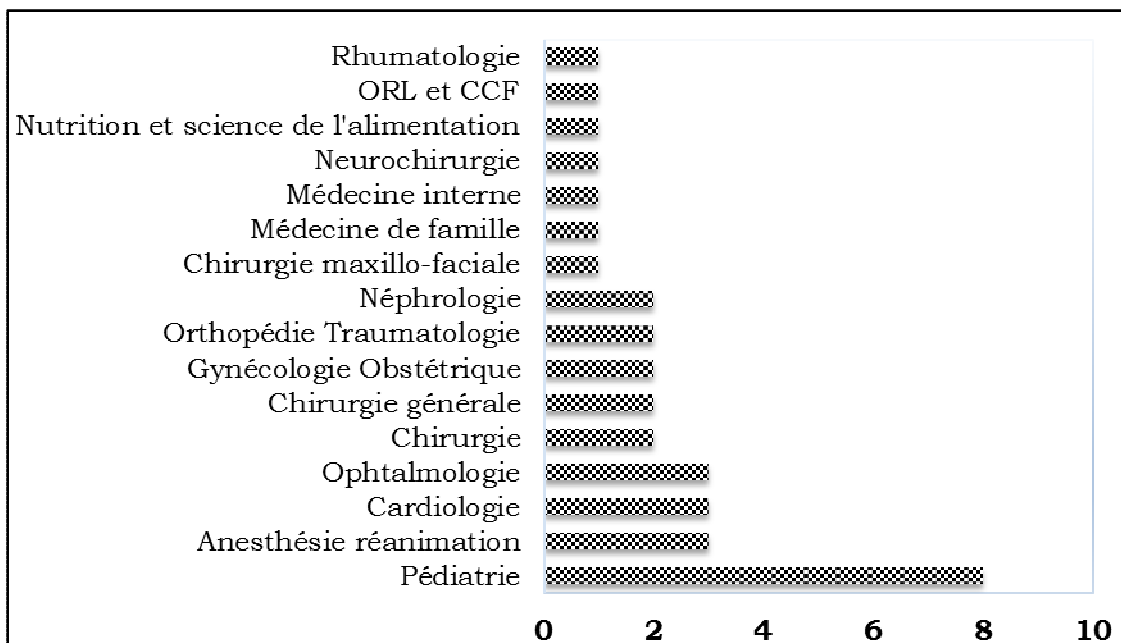


Figure14 : Répartition des médecins selon la spécialité

La spécialité la plus représentée était la pédiatrie avec un taux de 22.2%.

6. Incitation à faire la médecine

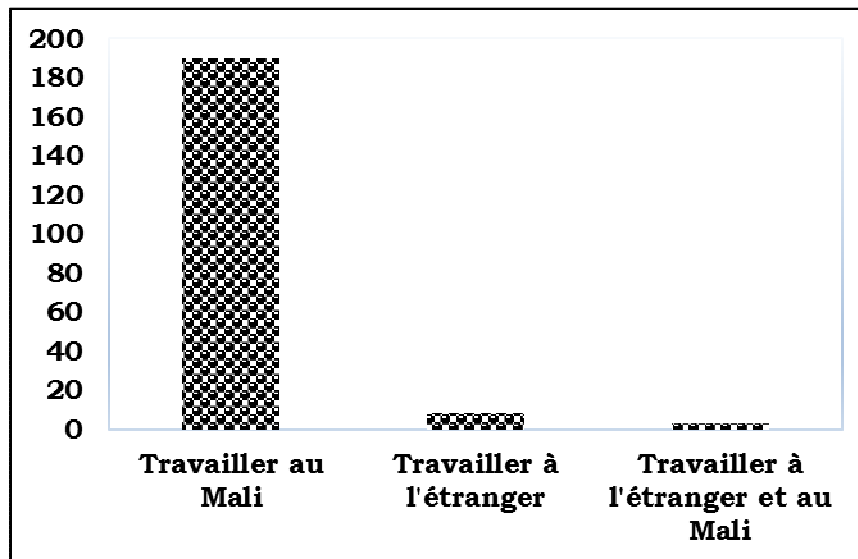


Figure 15 : Répartition des médecins selon l'incitation à faire la médecine

La majorité des médecins avait l'intention de travailler au Mali après la fin de leur étude avec un taux de 95.0%.

7. Lieu d'exercice

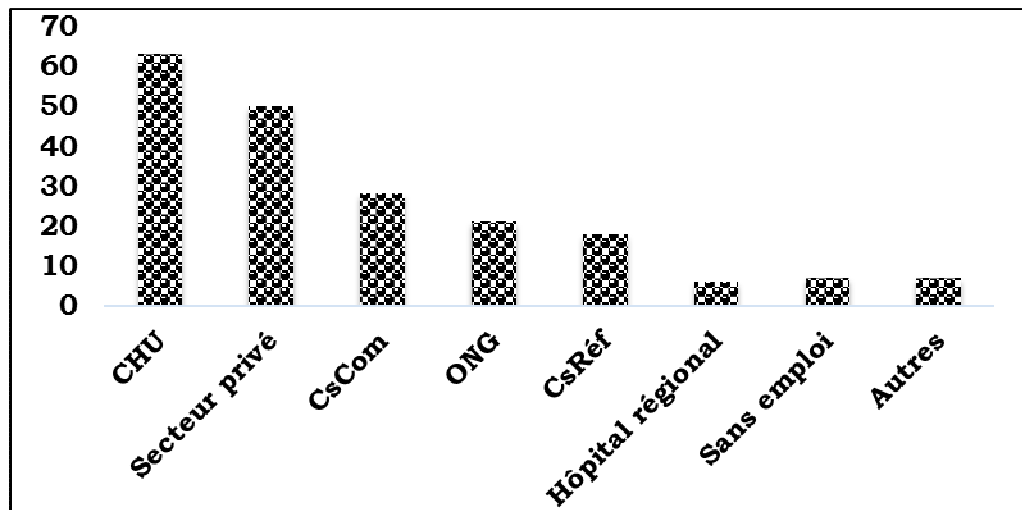


Figure16 : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice

La majorité des médecins exerçait dans un centre hospitalier universitaire avec un taux de 31.5% suivi du secteur privé avec un taux de 25.0%.

8. Fonction

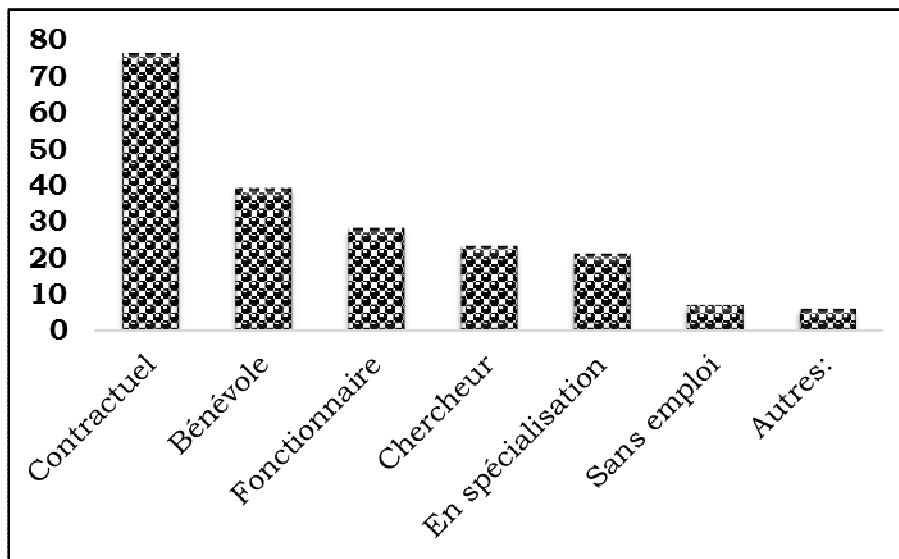


Figure 17 : Répartition des médecins selon la fonction

Les contractuels étaient les plus représentés avec un taux de 38.0% suivi des bénévoles et des fonctionnaires avec des taux respectifs de 19.5% et 14%.

9. Ancienneté dans la fonction

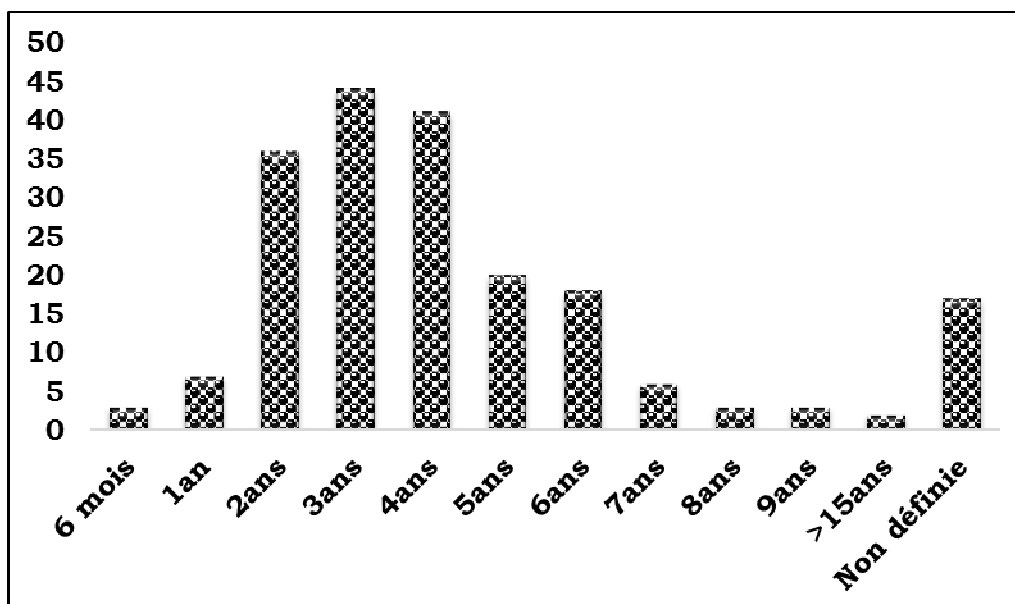


Figure 18 : Répartition des médecins selon l'ancienneté

Ceux qui avaient une ancienneté entre 3 et 4 ans étaient les plus représentés soit respectivement 22,0% et 20,0%.

10. Degré de satisfaction au travail

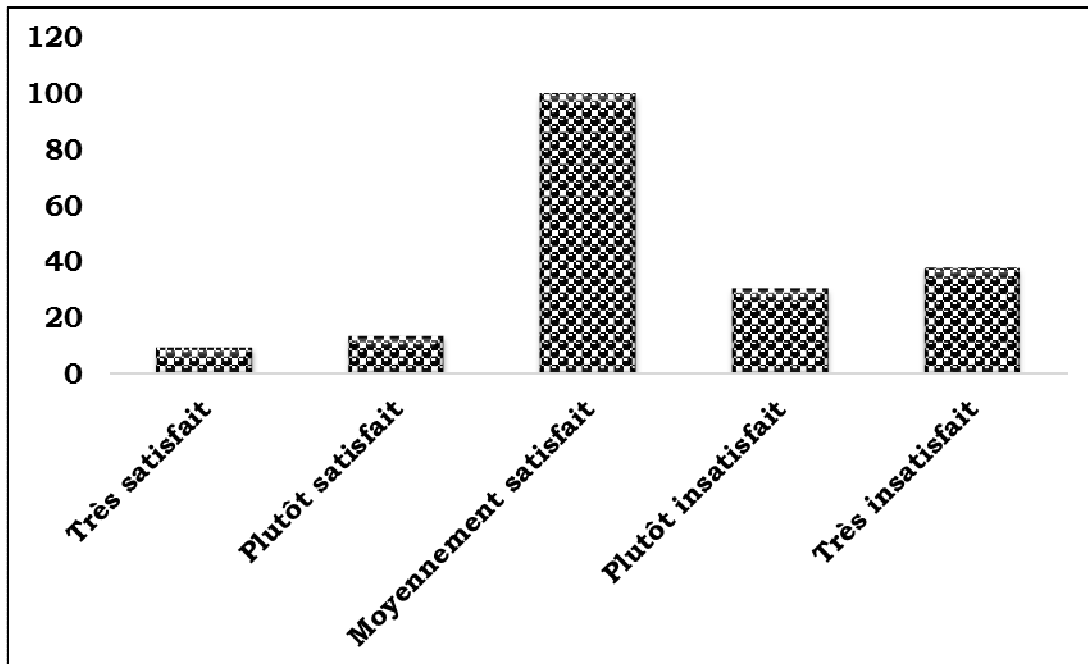


Figure 19 : Répartition des médecins selon le degré de satisfaction au travail

La majorité soit 51,8% des médecins était moyennement satisfait. Seul 5,2% des médecins était très satisfait de leur travail ; par contre environ 20% des médecins étaient très insatisfait.

III. Etat de la connaissance et attitude des médecins face à l'émigration

1. Connaissance sur l'émigration des médecins

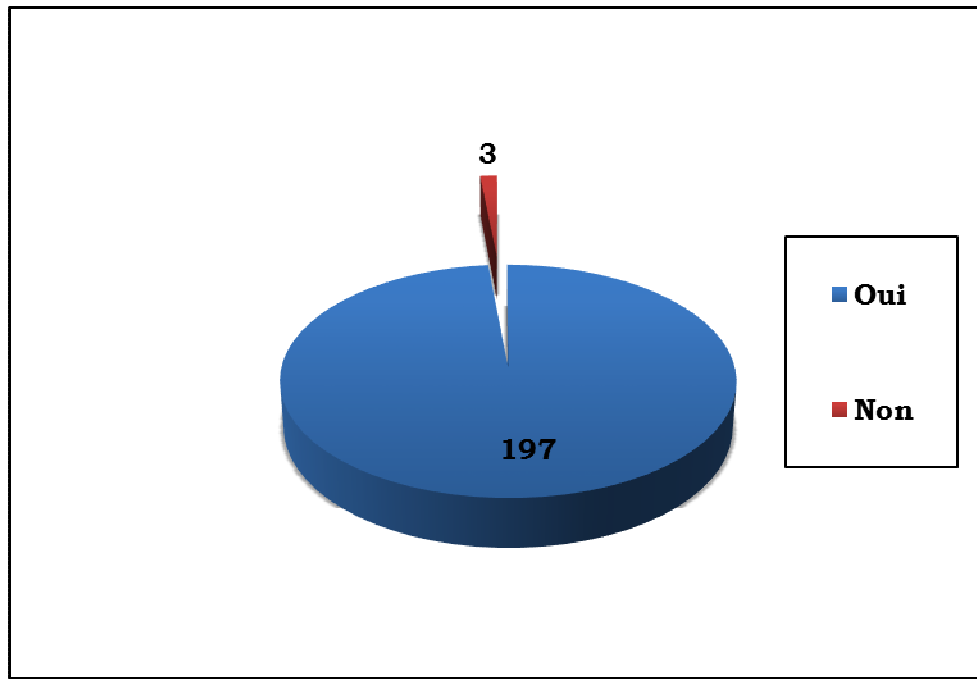


Figure 20 : Répartition des médecins par rapport à la connaissance de l'émigration des médecins.

Presque que la totalité des médecins interrogés déclare avoir entendu parler de l'émigration des médecins soit un taux de 98.5%.

Tableau XII : Répartition selon le type de professionnel de santé

| Type de professionnel de santé | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Médecin | 188 | 95,5% |
| Infirmier | 1 | 0,5% |
| Médecin et infirmier | 5 | 2,5% |
| Médecin et pharmacien | 2 | 1,0% |
| Médecin, pharmacien et infirmier | 1 | 0,5% |
| Total | 197 | 100,0% |

La majorité, 95,5% des médecins déclare avoir connaissance de l'émigration des médecins. Par ailleurs d'autres professionnels de santé, tel que les pharmaciens et infirmiers étaient cités dans respectivement 1,0% et 2,5%.

2. Connaissance sur le cas des médecins émigrés

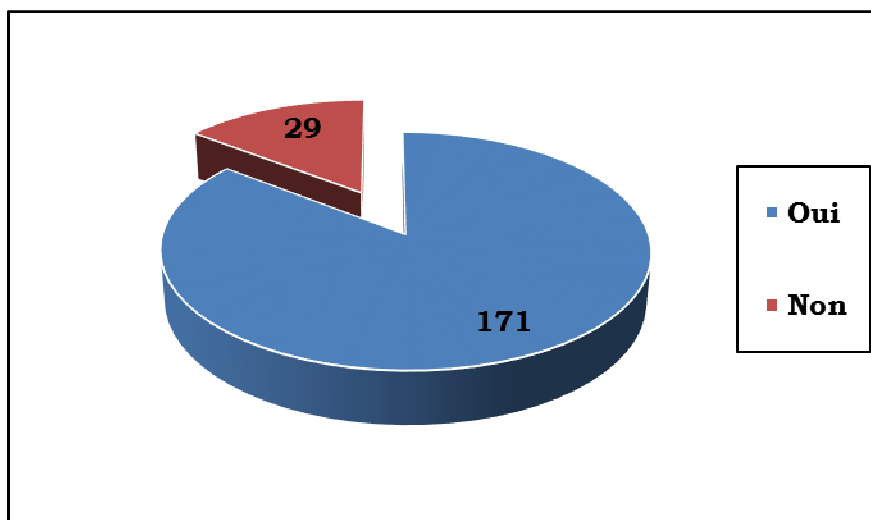


Figure 21 : Répartition selon la connaissance des médecins émigrés.

La majorité des médecins (85.5%) déclarent avoir connaissance de médecins émigrés.

3. Connaissance sur le nombre de médecins émigrés

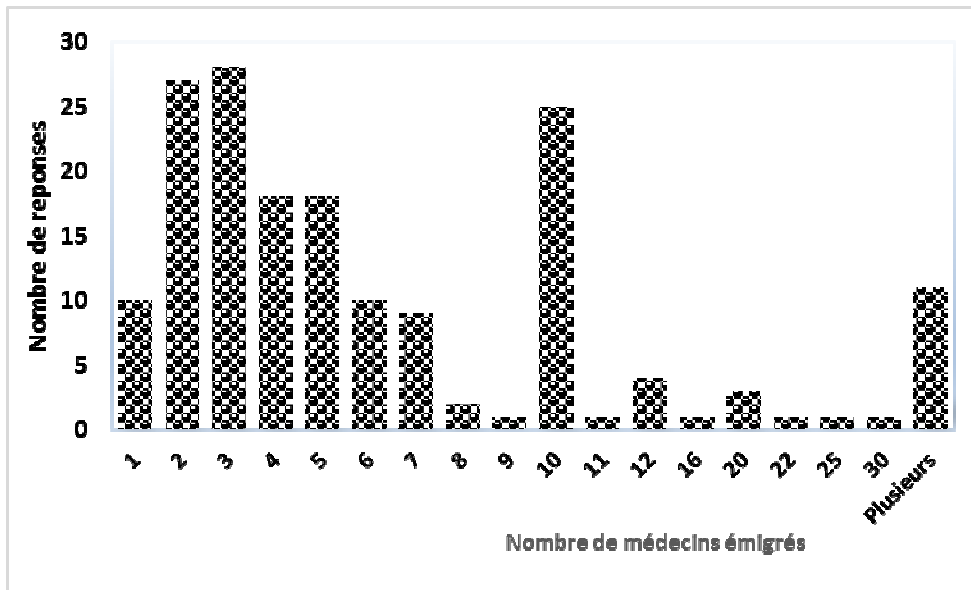


Figure 22 : Répartition selon le nombre de médecins émigrés

Environ 15% des médecins connaissent au moins 2 médecins émigrés, environ 20 % connaissent entre 10 et 20 médecins émigrés et 1.8% connaissent entre 20 et 30 médecins émigrés.

4. Connaissance sur les cas de médecins en spécialisation en dehors du Mali

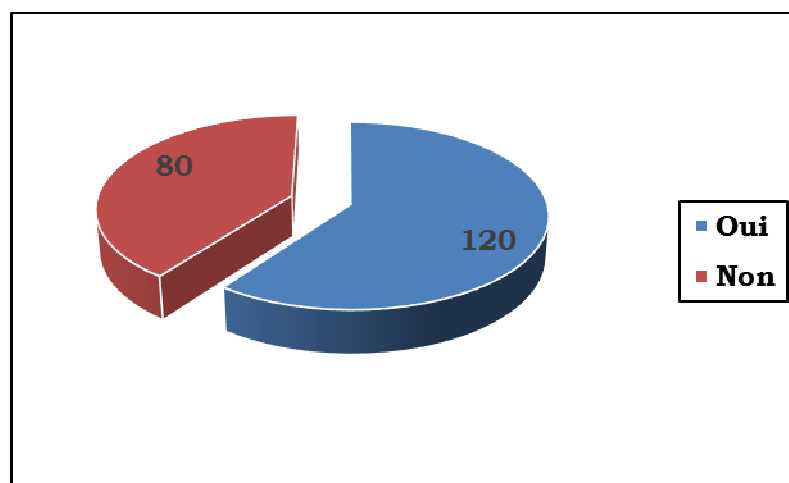


Figure 23 : Répartition selon la connaissance de médecins en spécialisation à l'étranger.

Plus de la moitié des médecins (60.0%) déclarent avoir connaissance de médecins en spécialisation à l'étranger.

5. Connaissance sur le nombre de médecins en spécialisation

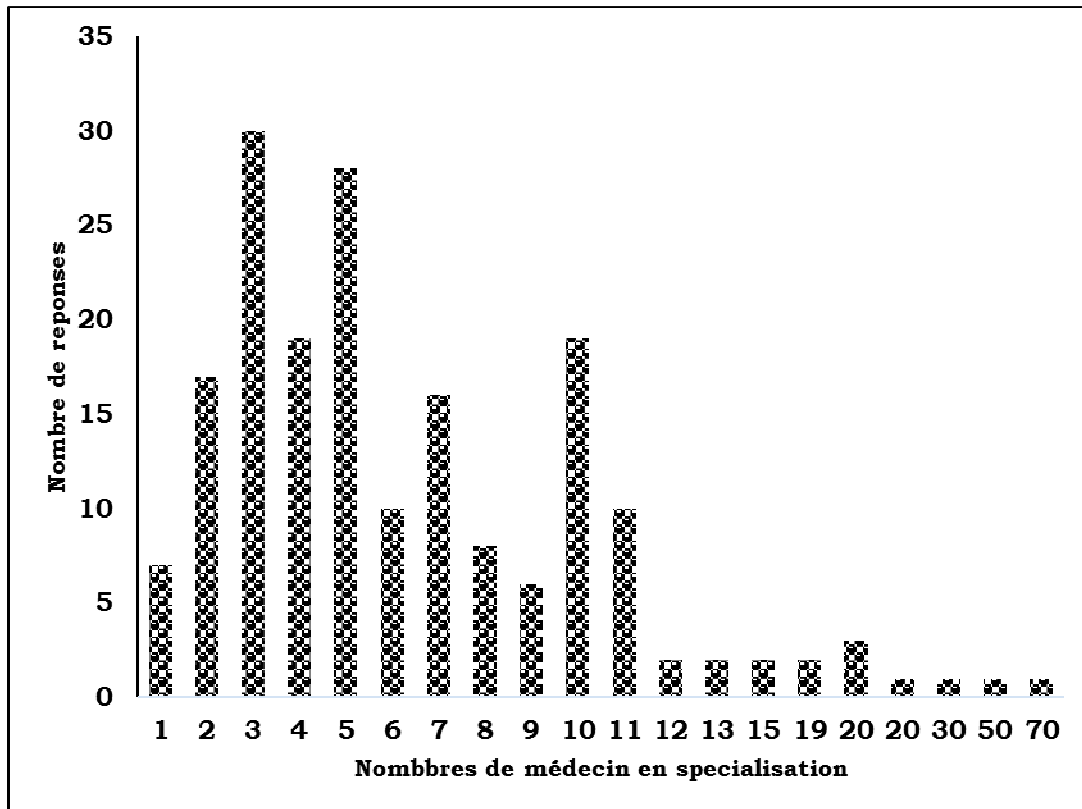


Figure 24 : Répartition selon le nombre de médecins en spécialisation à l'étranger.

Environ 16% des médecins connaissent au moins 3 médecins émigrés, environ 15 % connaissent 5 médecins en spécialisation, 21.7% connaissent entre 10 et 20 médecins et 2.0% entre 20 et 70 médecins en formation à l'étranger.

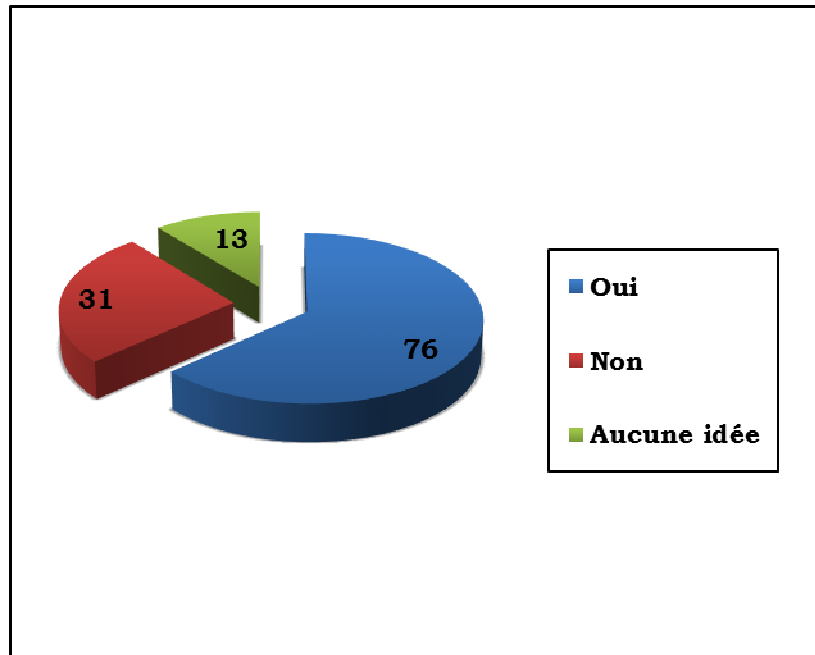


Figure 25 : Répartition en fonction des opinions des médecins sur le retour des médecins à la fin de leur formation.

La majorité des médecins (76%) pensent que les médecins en formation vont retourner au Mali à la fin de leur formation, 25,8% pensent qu'ils vont rester en fin de formation par contre environ 10% des médecins n'avaient aucune idée sur la possibilité de retour.

6. Pays cités comme destination des médecins émigrés

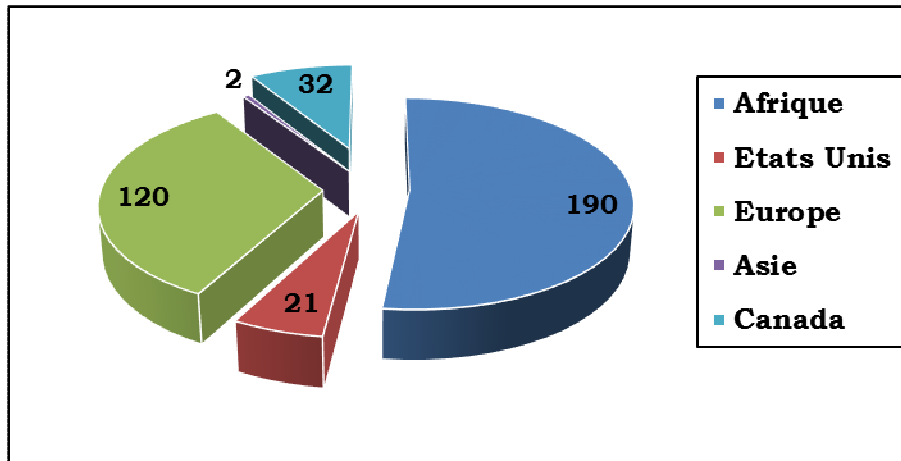


Figure 26 : Répartition en fonction des pays cités comme destination des médecins émigrés

Les destinations d'importance citées par les enquêtés sont l'Afrique, l'Europe, le Canada, les Etats unies et l'Asie.

Les pays Africains cités sont Côte d'Ivoire, le Gabon, le Sénégal, le Burkina Faso, le Niger, la Mauritanie, le Maroc, le Benin, la RDC, la Guinée Equatoriale, le Tchad, l'Angola, la Tunisie, le Cameroun, le Congo Brazzaville et la Gambie.

7. Intention d'émigrer

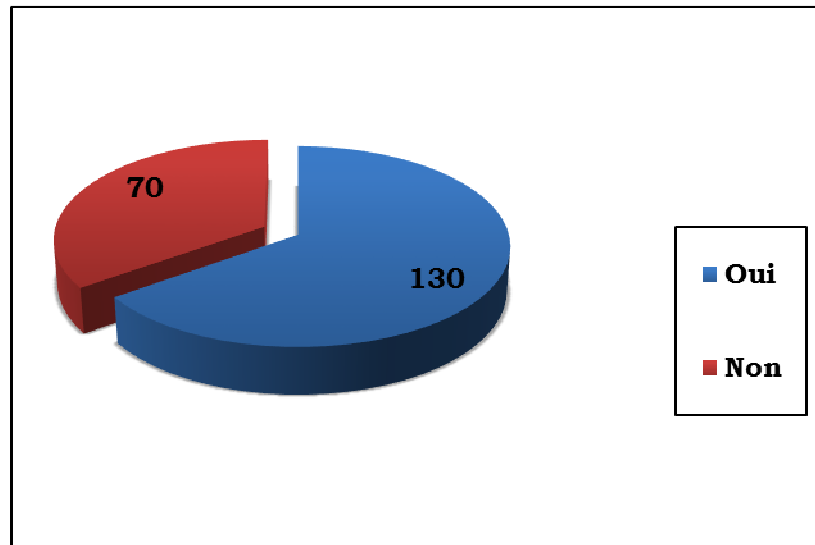


Figure 27 : Proportion d'agents de santé qui envisagent d'émigrer

Une proportion importante d'enquêtés ont déclaré avoir l'intention d'émigrer avec un taux de 65%.

Tableau XIII : Répartition par sexe des intentions d'émigrer des médecins interrogés

| Intentions d'émigrer | Masculin | Féminin | Total, n(%) |
|----------------------|------------|-----------|-------------|
| Oui | 117(58,5%) | 13(6,5%) | 131(65%) |
| Non | 59 (29,5%) | 11 (5.5%) | 70 (35%) |
| Total, n (%) | 176 (88%) | 24(12%) | 200 (100%) |

Plus de la moitié (54,1%) médecins de sexe féminin interrogés, ont exprimés leur intention d'émigrer.

8. Type d'émigration

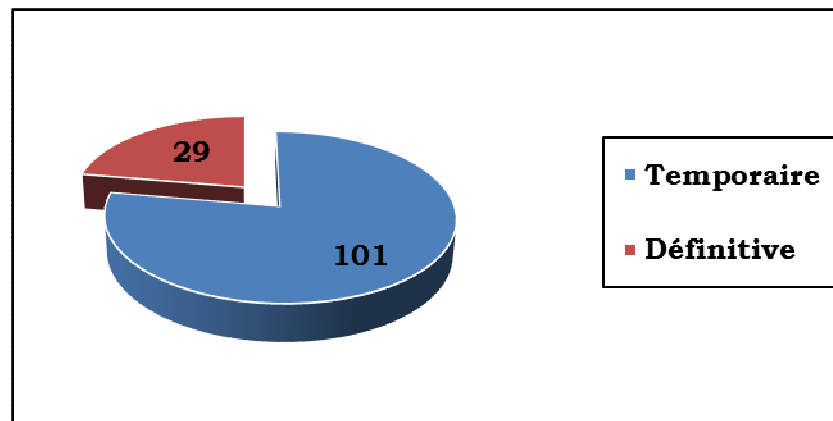


Figure 28 : Répartition selon le type de l'émigration

L'émigration temporaire a été citée par la majorité des médecins qui ont l'intention d'émigrer avec 77.6%.

9. Durée de séjour prévue à l'étranger

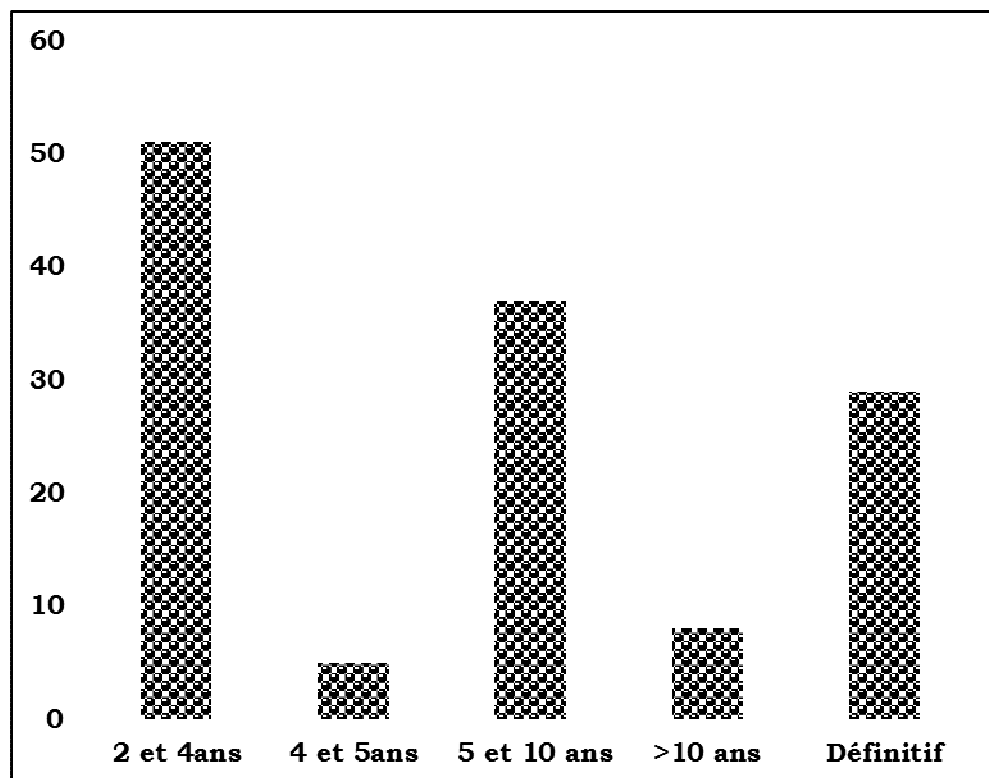


Figure 29 : Répartition selon la durée de séjour à l'étranger

Environ 40% des médecins interviewés ont déclaré leur intention d'émigrer pendant une période de 2 à 4ans, 28.5% entre 5 et 10 ans par contre 22.2% souhaite émigrer définitivement.

10. Pays de destination des médecins qui envisagent émigrer

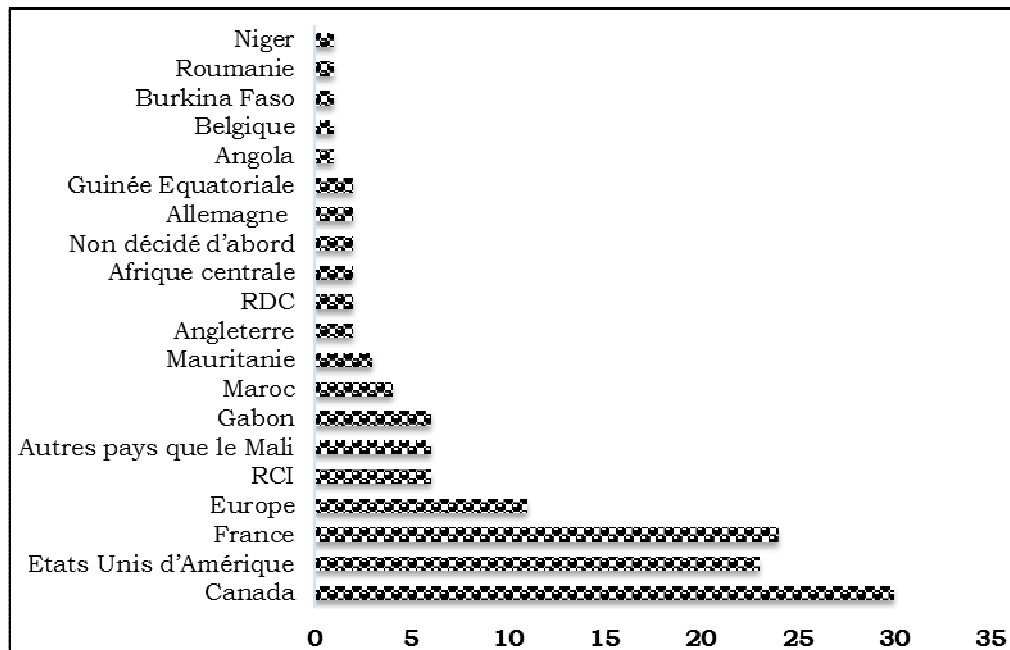


Figure 30 : Pays de destination des médecins qui envisagent d'émigrer.

Environ 23 % projetaient d'aller au Canada, 17.7% aux États-Unis d'Amérique et 31.6 % en Europe. Sur ceux qui voulaient aller en Europe 18.5 % ont cité la France, 1.5% l'Angleterre, 1.5% l'Allemagne, 0.8% la Belgique, 0.8% la Roumanie et 8.5% ont cité le continent européen.

Sur ceux qui voulaient aller dans un autre pays en Afrique, 4.6 ont cité la Côte d'ivoire, 4.6 le Gabon, 3.1% le Maroc, 2.3% la Mauritanie, 1.5% la Guinée Equatoriale, 1,5 % l'Afrique centrale tandis que 4,6 % ailleurs dans les pays africains autres que le Mali.

11. Raisons de l'intention d'émigrer

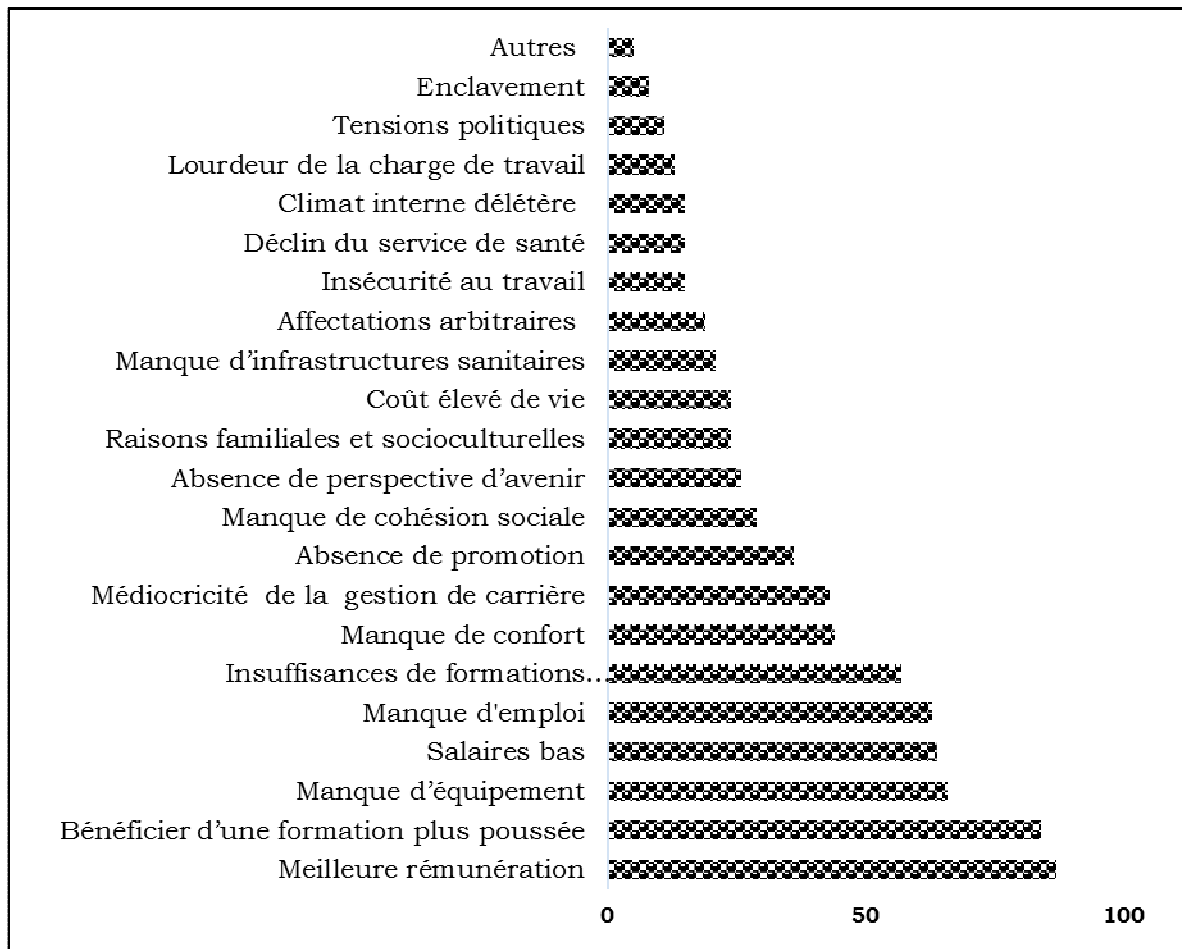


Figure 31 : Les raisons d'émigrer invoquées par les médecins interrogés

La majorité (43,3 %) projetait de partir parce qu'ils voulaient une meilleure rémunération et 41,8% ont souhaité émigrer pour une formation plus poussée.

12. Motivation à rester : Les raisons qui incitent les médecins à demeurer dans son pays

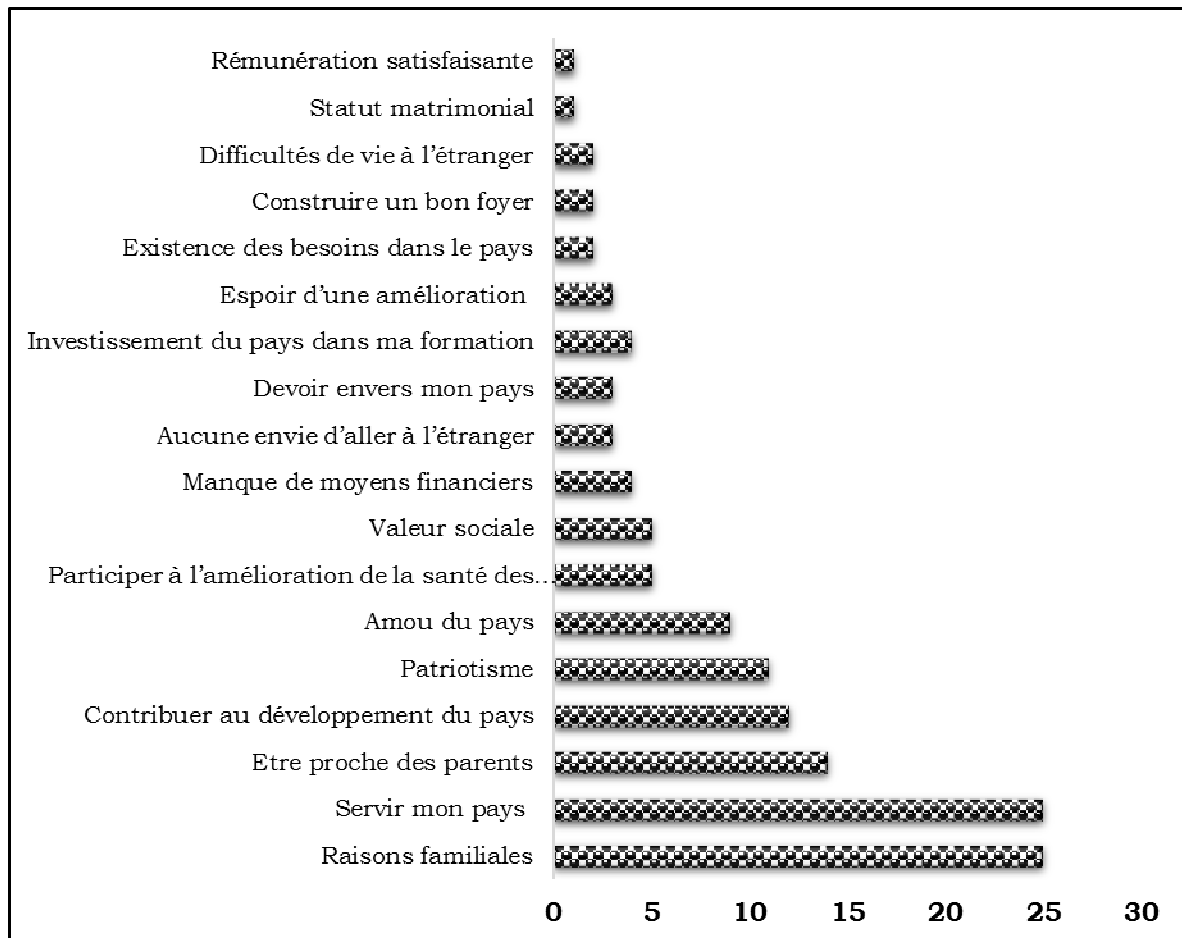


Figure 32 : Les raisons majeures qui incitent les médecins à ne pas émigrer.

Les raisons familiales, la volonté de servir le pays, être proches des parents sont les trois principales raisons évoquées par les médecins qui ont choisi de rester dans leur pays.

IV. Les impacts de l'émigration des médecins pour le Mali

1. Impacts négatifs de l'émigration des médecins

Tableau XIV : Répartition selon l'existence d'effets négatifs

| Effets négatifs sur le pays | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| Oui | 157 | 78,5% |
| Non | 43 | 21,5% |
| Total | 200 | 100,0% |

La majorité des médecins interrogés (78,5%) pense que l'émigration produit des effets négatifs sur le pays.

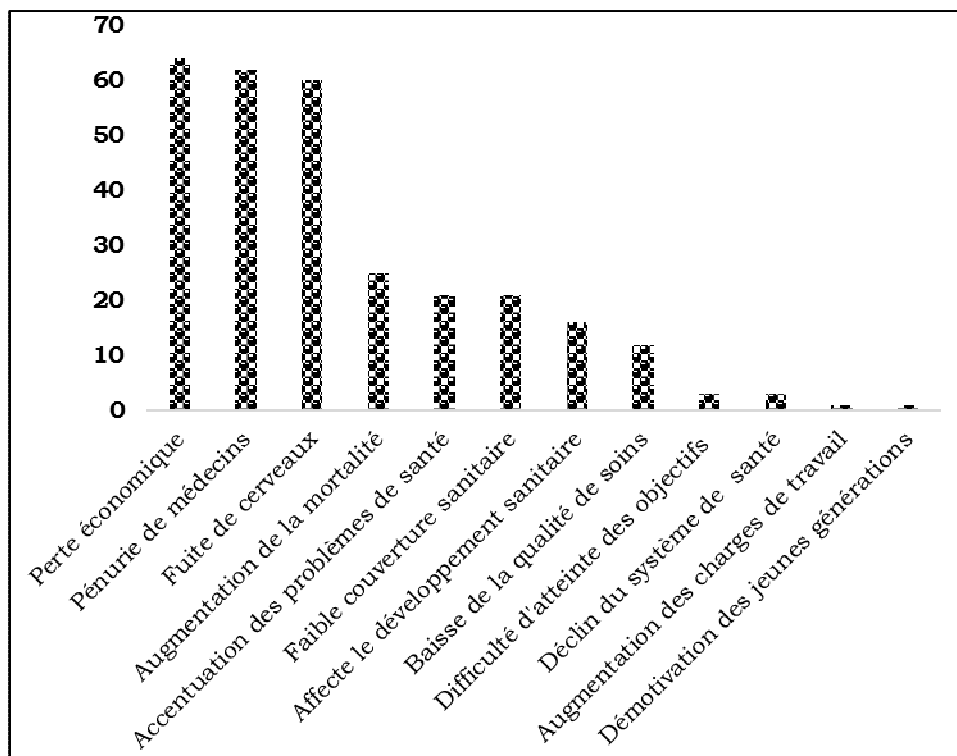


Figure 33 : les effets négatifs cités de l'émigration pour le pays de départ des migrants

La perte économique, la pénurie des médecins, la fuite de cerveaux étaient les impacts négatifs majeurs cités par les médecins enquêtés soit respectivement 40,7%, 39,4% et 38%.

2. Impacts positifs de l'émigration des médecins

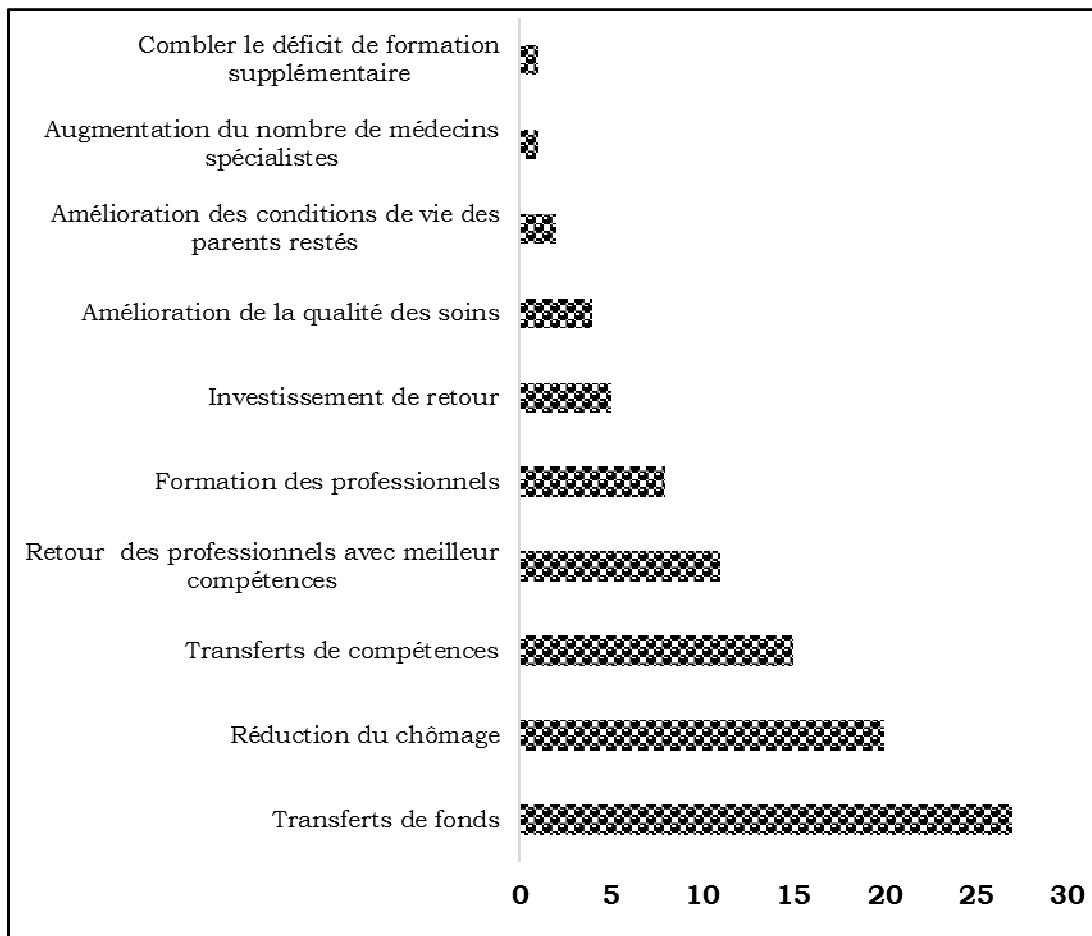


Figure 34 : les effets positifs de l'émigration pour le pays de départ des migrants

Moins de un quart (21,8%) des médecins enquêtés pense que l'émigration comporte des effets positifs pour le pays. Les effets positifs majeurs cités étaient les transferts de fonds, la réduction du chômage, les transferts de compétences et le retour des professionnels avec meilleures compétences.

V. les avantages et inconvénients de l'émigration pour le médecin migrant

1. Avantages de l'émigration pour le médecin migrant

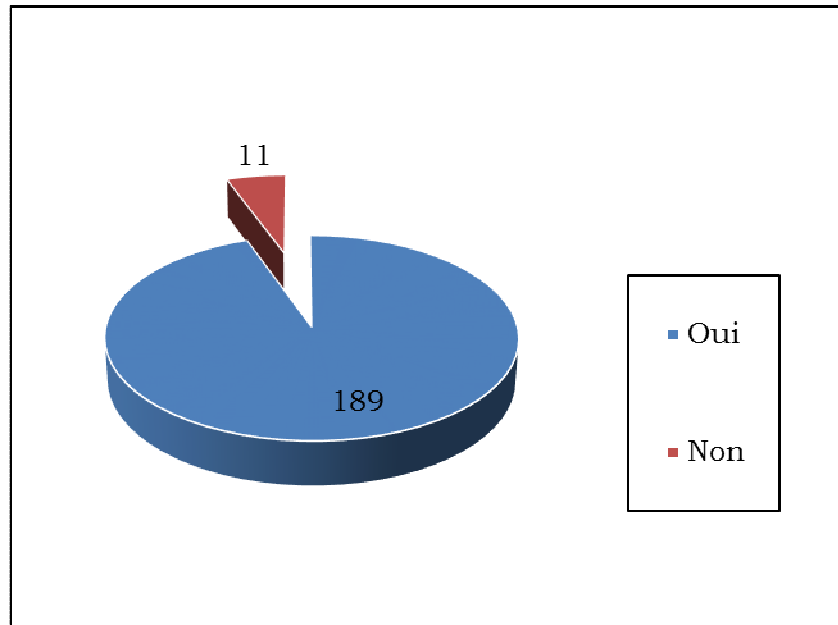


Figure 35 : Opinions des enquêtés sur les avantages de l'émigration pour le médecin migrant

La majorité des médecins enquêtés (94,5%) pense que l'émigration comporte des avantages pour le médecin migrant.

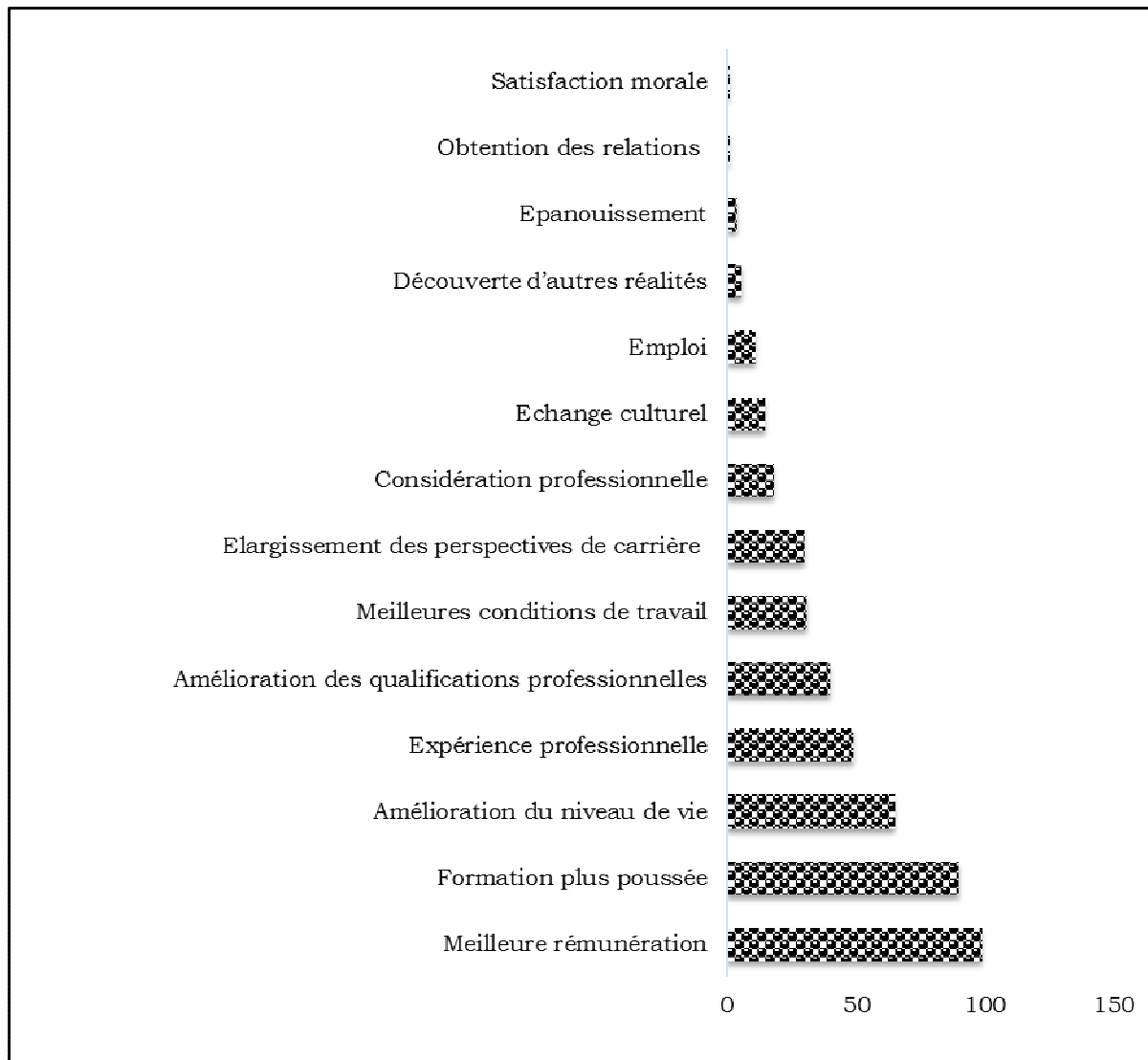


Figure 36 : les avantages de l'émigration pour le médecin migrant
La meilleure rémunération, la formation plus poussée, amélioration du niveau de vie et expérience professionnelle étaient les principaux avantages cités par les médecins enquêtés.

2. Inconvénients de l'émigration pour le médecin migrant

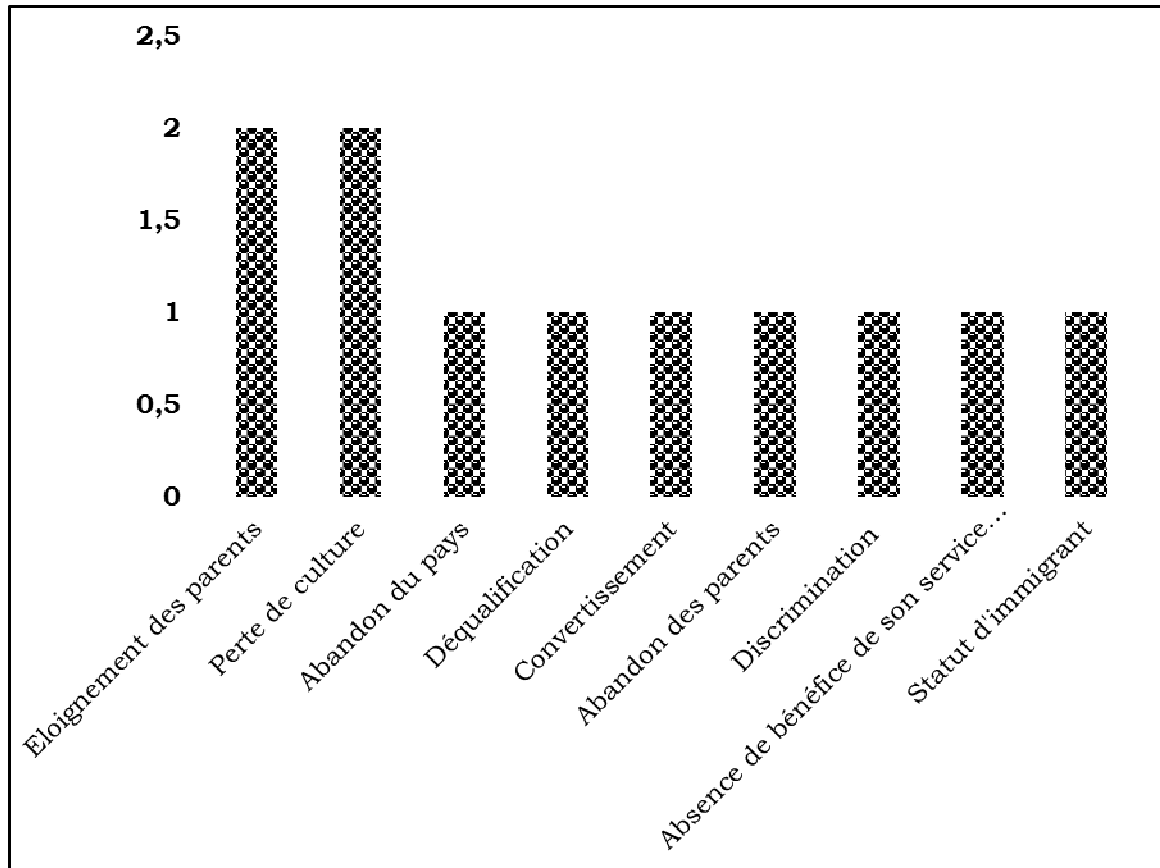


Figure 35 : les inconvénients de l'émigration pour le médecin migrant

Parmi les médecins interrogés, certains ont cité l'éloignement des parents et perte de culture comme inconvénients de l'émigration pour le médecin migrant alors que l'abandon du pays, la déqualification, le convertissement en d'autre profession, l'abandon des parents, la discrimination, l'absence de bénéfice de son service pour son pays et le statut d'immigrant ont été cités par les autres.

VI. Etats des actions du gouvernement

1. Degré de connaissance du gouvernement

Tableau XV : Appréciations des médecins sur le degré de connaissance du gouvernement au sujet de l'émigration des médecins (ampleur et impacts)

| Appréciations des médecins | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Connaissance superficielle du problème | 158 | 79,0% |
| Connaissance approfondie du problème | 38 | 19,0% |
| Aucune idée | 4 | 2,0% |
| Total | 200 | 100,0% |

La majorité, soit 79.0% des médecins interrogés pense que le gouvernement a une connaissance superficielle.

Tableau XVI : Appréciations des médecins sur le degré d'investissement (actes) du Gouvernement pour limiter la fuite des cerveaux dans le domaine médical.

| Appréciation des médecins | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Activité quasi – inexistante | 108 | 54,0% |
| Activité existante mais insuffisante | 83 | 41,5% |
| Activité existante et suffisante | 4 | 2,0% |
| Aucune idée | 5 | 2,5% |
| Total | 200 | 100,0% |

La majorité, soit 54.0% des médecins interrogés pense que le gouvernement a une activité quasi-inexistante pour limiter la fuite de cerveaux.

VII. Propositions d'actions à entreprendre face à l'émigration

1. Faut-il favoriser ou stopper l'émigration

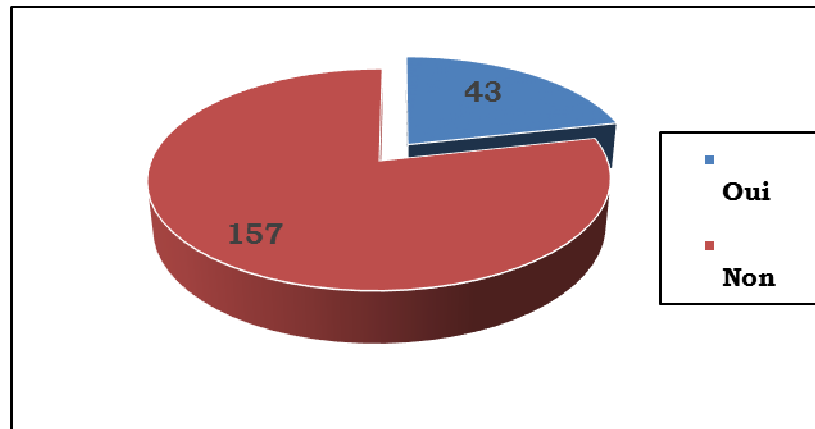


Figure 36 : Propositions d'actions à entreprendre face à l'émigration

La majorité des médecins, soit 78.5% pense qu'il ne faut pas favoriser l'émigration des médecins.

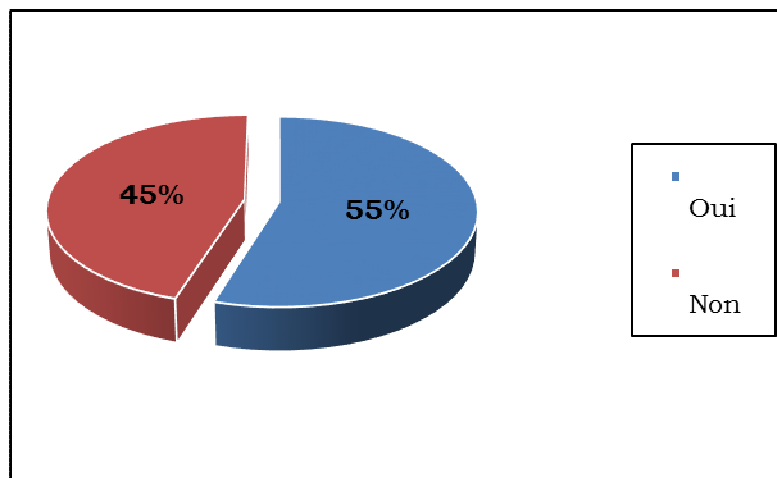


Figure 37 : Propositions d'actions à entreprendre face à l'émigration

La majorité des médecins soit 55.0% pense qu'il faut stopper l'émigration

VII. Proposition des solutions à entreprendre pour limiter l'émigration des médecins au Mali

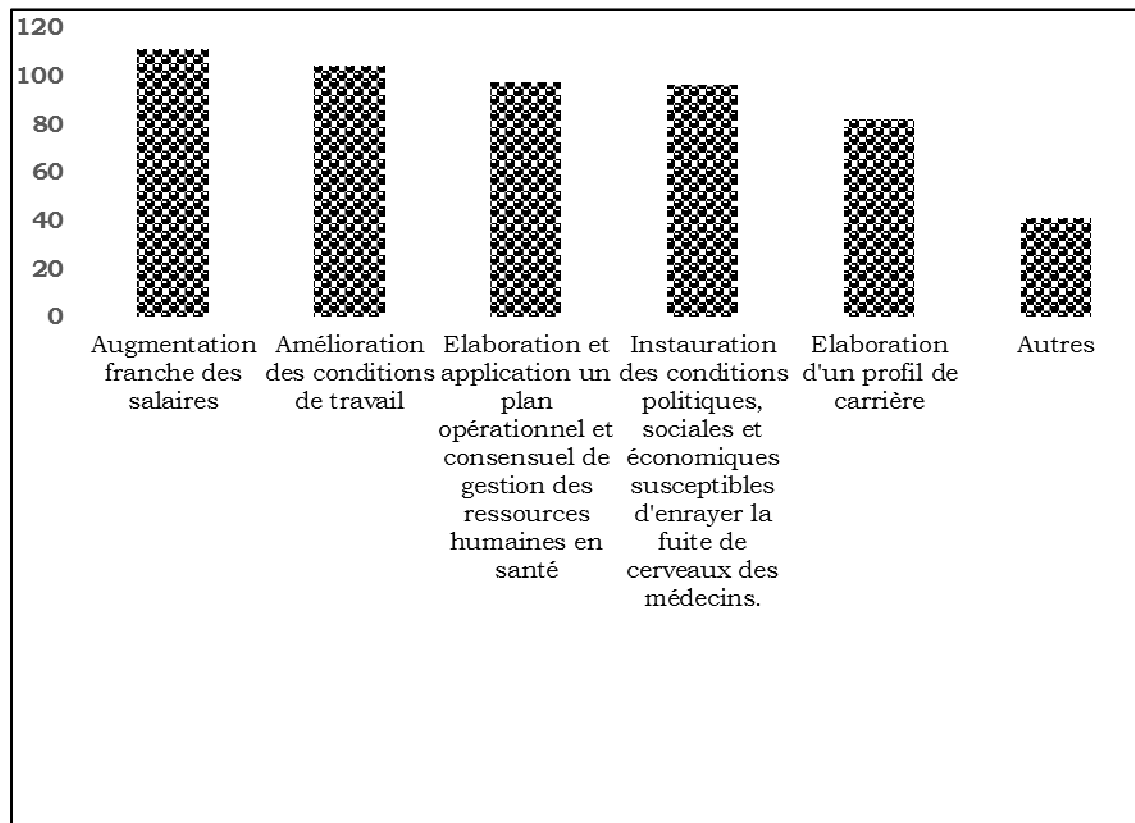


Figure 38 : Solutions proposées pour limiter l'émigration des médecins

Plus de la moitié des médecins interrogés a proposé l'augmentation franche des salaires et l'amélioration des conditions de travail comme moyens pour limiter l'émigration soit respectivement 55,2% et 51,7%.

Moins de la moitié des médecins a proposé l'élaboration et application d'un plan opérationnel et consensuel de gestion des ressources humaines en santé, l'instauration des conditions politiques, sociales et économiques et l'élaboration d'un profil de carrière soit respectivement 48,3%, 47,8% et 40,8%.

Par ailleurs 21,5% des médecins ont proposé d'autres solutions qui sont : le recrutement direct des médecins à la fonction publique de l'Etat, l'attribution de certains avantages aux médecins (logements sociaux, véhicules de fonctions), la création et adoption d'un statut particulier des médecins dans la fonction publique de l'Etat, l'alignement des salaires avec ceux de la sous-région, l'amélioration de qualités de services sanitaires du pays.

Il a été cité aussi l'attribution des bourses de spécialisation, l'équipement des infrastructures, la mise en place d'une politique de lutte contre le chômage des médecins, offrir des possibilités de formations approfondies, l'accompagnement et la proposition des fonds pour l'exercice privée, le respect et valorisation de la profession médicale.

VIII. Résumé de l'entretien avec le Directeur adjoint du CHU de Point G

Date de l'entretien : 6 mai 2013

1. Comment appréciez – vous la disponibilité et de l'effectif des médecins au Mali ?

Il existe un manque de ressources humaines en santé, surtout dans certaines spécialités. Il existe peu ou souvent pas de spécialiste dans certains domaines.

2. La pénurie de professionnels de la santé dans le monde – et plus particulièrement dans les pays en développement – se vérifie à tous les niveaux de qualification et concerne notamment les médecins, qu'en est-il au Mali ?

Nous avons un manque de personnel de santé. Ce manque concerne surtout les agents paramédicaux et des spécialistes.

3. le phénomène migratoire des médecins compte parmi les grandes questions des pays africains, qu'en pensez-vous de ce phénomène au Mali ?

Nous entendons parler de l'émigration des médecins.

C'est un phénomène qui assez lié aux problèmes d'offre d'emploi, surtout pour les médecins généralistes.

Nous avons quelques cas d'émigration de non-retour après des formations à l'étranger.

4. L'émigration doit-elle être favorisée ou encouragée (pour stimuler les envois de fonds ou remédier aux sureffectifs) ?

« Je pense qu'on peut comprendre pour ceux qui n'ont d'emploi d'émigrer ».

Il est nécessaire de mettre disposition pour offrir les possibilités de travailler au bénéfice des populations.

IX. Résumé de l'entretien avec la direction nationale des ressources humaines de la santé.

Entretien avec la directrice adjointe

1. Le phénomène migratoire des médecins compte parmi les grandes questions des pays africains, qu'en pensez-vous de ce phénomène au Mali ?

DRHA : « Je pense que c'est un phénomène qui a des impacts négatifs ; quand on investit pour former les médecins et qu'au terme de leur formation ils quittent le pays... Ces départs entraînent des pertes pour le Mali puisque l'état ne bénéficie pas de leur formation. »

2. L'émigration doit- elle être favorisée ou encouragée (pour stimuler les envois de fonds ou remédier aux sureffectifs) ?

DRHA : «Je pense que l'émigration du personnel de santé ne doit pas être encouragée. L'Etat doit chercher des moyens pour les retenir. Nous avons besoin de leurs compétences

3. L'émigration doit- elle être limitée ou réduite (pour restreindre l'exode des cerveaux) ? Si oui comment procéder ?

DRHA : « Si on trouve meilleur chez soi, on ne part ailleurs...

Il faudra créer des facteurs de motivations, augmenter les rémunérations... »

4. Comment appréciez-vous la disponibilité et de l'effectif des médecins au Mali ?

DRHA : « Nous avons une insuffisance et une mauvaise répartition de médecins. »

5. Quelles sont les conséquences de l'émigration des médecins sur le système de santé du Mali ?

DRHA : « La fonction publique de l'Etat ne peut pas absorber tous les médecins formés. Il existe une alternative de s'orienter vers le secteur privé. Lorsqu'on la compétence y est, on doit pouvoir obtenir un emploi. »

6. Existe-t-il des dispositions pour suivre les flux migratoires des médecins ?

Non, au niveau de la DRH, il n'existe pas, mais il y' a la prévision d'une étude à la demande de la direction du ministère de la santé sur les cas d'abandon de poste et d'émigration de non-retour après une formation.

X. Relevé des conclusions des discussions avec les 10 médecins.

Principales problématiques discutées :

1. Les appréciations des participants par rapport à l'émigration des médecins

L'émigration est conçue par la majorité des Participants comme le résultat d'un manque d'emploi local pour les médecins et les salaires bas. Nous recueillons ici quelques propos :

« C'est le manque de travail qui m'oblige à émigrer. Je vais revenir au pays si j'arrive à faire un peu d'économie »

« Le Mali déshonore le mérite. Le dirigeant malien est du genre apatride d'où l'intention des fils du pays à émigrer, de fuir leur pays »

« Le médecin n'a aucune valeur au Mali, même le policier ou le juge n'a pas de respect pour le médecin »

« C'est un constat d'échec, si les médecins s'adonnent à l'émigration c'est qu'ils y sont contraints. C'est une situation qui ne devrait pas arriver »

« Les médecins sont très mal payés (moins payés) par rapport à ceux de la sous-région et il existe trop de chômage au Mali. Même des médecins spécialistes chôment au Mali alors que le besoin y est »

« J'aimerais bien servir mon pays tout en travaillant à l'extérieur et pouvoir aider ceux qui sont restés. »

2. Les éléments qui entraînent dans la balance de la décision d'émigrer

Selon le point de vue de la majorité des participants, il existe une volonté de formation supplémentaire hors du pays que certains

émigrent, ceci est dû au fait que le Mali ne dispose pas de possibilités de spécialisation dans certains domaines ou le désir d'aller faire hors du pays même pour les spécialités qui existes au Mali.

« Je veux émigrer en Roumanie ou aux USA pour la spécialisation en chirurgie »

« Je suis en train de faire la spécialisation en urologie au Maroc, il n'y avait pas de possibilité de faire la spécialisation en urologie au Mali »

3. Conséquences de l'émigration des médecins

L'impact le plus considéré par les médecins reste la pénurie, c'est la faible démographie médicale. Les zones rurales sont démunies de médecins, cette fuite des compétences et des cerveaux entraîne la mauvaise qualité des soins.

« ... Le développement d'un pays dépend de sa santé et de ses valeureux travailleurs et s'il n'y a pas assez de médecins les soins de qualités ne seront pas donnés »

« C'est une perte pour le pays d'avoir investi dans la formation des médecins et les laisser sans recrutement. Même les spécialistes émigrent à causes des faibles rémunérations. »

4. Mesures à envisager face à l'émigration les médecins au Mali :

Il ressort la nécessité d'implication des autorités pour mieux gérer les ressources humaines en santé.

« Il est impératif que les gouvernements améliorent les conditions de travail grâce à des rémunérations plus élevées, construire d'avantages des infrastructures et augmenter les équipements afin de retenir les travailleurs hautement qualifiés. »

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

« Le mali est un vaste pays, tous les médecins sur le marché actuellement peuvent être absorbé.»

« Il faudra que les décideurs changent de comportement et de mettre des mesures pour assurer une meilleure formation continue et une meilleure rémunération. »

« Si l'état n'a pas les moyens les employés tous, l'émigration est une alternative vu le chômage généralisé des médecins.

Nous retenons d'autres mesures telles que :

- Construire des logements pour les médecins ;
- Améliorer le système de communication et circulation de l'information notamment en ce qui concerne la gestion et le suivi de la carrière, les différentes opportunités de formation et d'offres d'emploi ;
- Améliorer le plateau technique à l'intérieur du pays ;
- Créer un statut particulier des médecins.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Production des médecins au Mali

Nous avons obtenus des données complètes sur le nombre de médecins formés à partir du registre de soutenance et du secrétariat principal de la FMOS. Environ 4902 médecins ont été formés au Mali, dont 4298 de nationalité malienne et 604 médecins de nationalité étrangère de 1974 à 2012.

Cependant, la répartition des chiffres n'était pas égale, tombant quelquefois à 0 comme en 1994, et grimpant jusqu'à 549 comme en 2008.

Ce taux de production actuel de médecins semble satisfaire le besoin de recrutement de l'Etat.

Les recrutements sont assez faibles et ne permettent pas d'absorber la production par la faculté de médecine.

Nous avons trouvé dans cette étude une perte cumulative dans le secteur publique de l'Etat de 2787 médecins de 1990 à 2012. Ces résultats concordent avec l'hypothèse selon laquelle le nombre de médecins formés dépasserait la capacité de recrutement de l'Etat.

2. Age et sexe

L'échantillon total interrogé se compose de 200 médecins, 88% d'hommes et 12 % de femmes (sexe ratio H/F = 0,1), âgées de 27 à 49 ans (moyenne = 37 ans).

Les trois quarts des personnes interrogées ont entre 30 et 39 ans

3. Mode d'exercice et qualification des médecins répondants

Les médecins répondants exerçaient depuis 3 ans en moyenne.

La majorité des médecins était des généralistes avec un taux de suivi des spécialistes et des médecins en spécialisation soit respectivement.

4. Intention d'émigrer et pays de destination

Environ deux tiers (65%) des médecins interrogés ont déclaré avoir l'intention d'émigrer.

Les pays les plus attrayants sont Canada (23 %), les États-Unis d'Amérique (17.7%) la France (18.5 %) la Roumanie (0,8 %), l'Angleterre (1.5%), l'Allemagne (1.5%) la Belgique (0.8 %), le Gabon (4.6 %), la Guinée Equatoriale (1.5%) , l'Afrique centrale(1,5 %), la Côte d'Ivoire (4.6 %), le continent européen (8.5%) et dans les pays africains autres que le Mali (4,6 %).

L'étude de l'OMS relève également ces zones de destination principales, avec un pourcentage plus élevé que dans notre échantillon pour les Etats-Unis 41,9% des souhaits au Cameroun, (35,7 %) au Ghana, (39,9 %) au Sénégal.

Ainsi, les médecins interrogés cherchent avant tout un pays où il y a de meilleures perspectives d'avenir qu'au Mali, des possibilités de gains plus important. Ceux qui désirent poursuivre leurs études recherchent en général un pays qui peut leur offrir une bourse d'études ou certaines facilités pour y étudier [29].

Nous constatons que les candidats recherchent avant tout à migrer vers les destinations présentant les avantages économiques les plus substantiels tels que les pays européens ou d'autres pays de l'Afrique.

Ce résultat est similaire à ceux retrouvés au Ghana et au Zimbabwe avec des taux respectifs de 61,6 % et (68,0 %) dans un rapport de l'OMS portant sur la migration de professionnels de la santé , traitant notamment de la question des intentions d'émigration et du choix du pays de destination chez les professionnels de santé dans six pays africains [29].

Ces résultats peuvent s'expliquer par la similitude des facteurs de départs dans ses différents pays.

Par contre la fréquence de désir d'émigrer des professionnels de santé est plus basse au Cameroun (49,3%), au Sénégal (37,9 %) que dans notre étude.

Cette fréquence élevée dans ces pays peut s'expliquer par la langue, comme c'est le cas du Ghana et du Cameroun.

Nous avons retrouvés dans notre étude 23% de souhaits d'émigrer au Canada et 18,5% en France par contre le rapport de l'OMS fait état de 11,4 % de souhaits d'émigrer au Canada et

17,7% en France pour le Cameroun, 6,9 % au Canada et 35,6 % en France pour le Sénégal.

Il n'y avait de différence significative pour la France comme destination entre notre étude et celle de l'OMS [29] au Cameroun.

Nous avons retrouvés 0.8% de souhaits d'émigrer en Belgique, 1.5% en l'Allemagne ; ce résultat est inférieur à ceux retrouvés au Cameroun soit respectivement 2.9 % et 3,8 %, et au Sénégal 3,4 % et 2,6 % dans l'étude de l'OMS [29].

5. Type de migration :

Nous avons retrouvés que la majorité des candidats à l'émigration soit 77,6% avait l'intention de revenir au pays après un séjour à l'étranger. Cette fréquence de migration temporaire peut s'expliquer par les raisons évoquées de leur départ.

Environ 40% des médecins ont déclaré l'intention de rester à l'étranger pendant une période de 2 à 4ans, 28.5% entre 5 et 10 ans.

Parmi les répondants à notre enquête, 19 personnes sur 130 ont fait état d'un projet d'installation durable voire définitive à l'étranger.

6. Raisons de l'intention d'émigrer

Les raisons de l'intention d'émigrer étaient nombreuses et variées, avec environ trois à cinq raisons par médecin.

Environ 43,3 % ont souhaité émigrer pour meilleure rémunération et 41,8% pour une formation plus poussée.

Les raisons citées par 80 % des enquêtés figurent les raisons économiques, une formation plus poussée, le salaire bas, le manque d'équipement, l'absence d'avenir dans le pays natal.

Il est à noter aussi qu'environ 65 % des médecins envisagent émigrer à cause de la mauvaise gestion des carrières, l'absence de promotion, les affections arbitraires et le manque de cohésion sociale.

43,3% projetait de partir parce qu'ils voulaient une meilleure rémunération, 41,8 % pour améliorer leurs qualifications professionnelles 21,9% pour trouver de meilleures conditions de vie.

Les raisons familiales et socioculturels ont été considérées comme des raisons d'émigrer par environ 12 % des enquêtés.

Ces raisons sont superposables à des proportions variables à ceux retrouvés au Cameroun, le recrutement (28,6 %), le désir d'acquérir de l'expérience (28,6 %) et une meilleure rémunération (26,6 %) , à l'Ouganda le désir d'une meilleure rémunération (72 %), le besoin de meilleures conditions de vie (41 %) et le besoin d'améliorer leurs qualifications (38 %).

Ces mêmes raisons sont également retrouvées au Zimbabwe mais à des proportions plus importantes où les professionnels de santé émigrent pour des raisons économiques (55 %), suivi par le déclin des services de santé (53 %), l'absence d'infrastructures (38 %) et le désespoir au sujet de l'avenir du pays (38 %) [29].

L'intention d'émigrer est plus forte chez les hommes que chez femmes, ceci peut s'expliquer par la composition de notre échantillon.

L'intention d'émigrer semble plus forte chez les médecins mariés (56,1 %), cela peut s'expliquer par la composition de notre échantillon.

La structure du système de santé du Mali influence aussi la décision d'émigrer, puis que le manque d'infrastructure sanitaire était cité par 10,4% des médecins.

Ces chiffres incitent à penser les départs hors du pays comme des moments de ruptures positives pour réaliser un projet de vie.

7. Motivation à rester dans le pays

Malgré les conditions qui poussent les médecins à émigrer nous avons retrouvés de facteurs qui motivent les médecins à demeurer dans leur pays. Les raisons principales citées sont entre autres les raisons familiales, la volonté de servir le pays, être proches des parents. Nous avons retrouvés d'autres raisons qui sont participation à l'amélioration de la santé des populations, la valeur sociale, l'existence du besoin dans le pays, le devoir envers le pays. Par contre d'autres motivations étaient liées aux manques de moyens financiers pour émigrer, des difficultés de vie à l'étranger et l'espoir d'une amélioration de la situation.

8. Solutions proposées pour limiter l'émigration des médecins

Dans notre étude plus de la moitié des médecins interrogés a proposé l'augmentation franche des salaires et l'amélioration des conditions de travail comme moyens pour limiter l'émigration soit respectivement 55,2% et 51,7%.

Moins de la moitié des médecins a proposé l'élaboration et application d'un plan opérationnel et consensuel de gestion des ressources humaines en santé, l'instauration des conditions politiques, sociales et économiques et l'élaboration d'un profil de carrière soit respectivement 48,3%, 47,8% et 40,8%.

Par ailleurs 21,5% des médecins ont proposé d'autres solutions qui sont : le recrutement direct des médecins à la fonction publique de l'Etat, l'attribution de certains avantages aux médecins, la création et adoption d'un statut particulier des médecins dans la fonction publique de l'Etat, l'alignement des salaires avec ceux de la sous-région.

Ces résultats sont semblables à des proportions variables avec ceux retrouvés au Cameroun, au Ghana, au Sénégal, en Afrique du Sud, en Ouganda et au Zimbabwe dans l'étude de l'OMS [29].

Ainsi au Cameroun, les facteurs les fréquemment mentionnés qui retiendraient le personnel de santé sont de meilleurs salaires (67,8 %), une qualité et des opportunités d'éducation et de formation meilleures (66,6 %), un environnement de travail favorable (64,2 %), une meilleure gestion des services des soins de santé (54,9 %) et un environnement social paisible (48,4 %)[29].

Au Ghana Le personnel de santé citent les meilleurs salaires (84,8 %), un environnement de travail plus agréable et protecteur (80,7 %), des avantages accessoires attrayants (77,7 %) et une amélioration des installations et des ressources dans les services de santé (70,1 %) comme celles qui les motiveraient à rester dans le pays [29].

Au Sénégal, l'amélioration de l'environnement de travail, l'élaboration et l'application de plans de carrière appropriés, la mise à disposition de matériel convenable et la fourniture d'incitations telles que le logement et les opportunités d'éducation pour les enfants aideraient les agents de santé à rester dans le pays ou à y revenir [29].

En Afrique du Sud la vaste majorité (77,5 %) a déclaré que de meilleurs salaires motiveraient les professionnels de la santé à rester dans leur pays natal [29].

En Ouganda, la majorité des enquêtés (83,5 %) a déclaré comme facteurs qui les encourageraient à rester dans leur pays, de meilleurs salaires, des avantages accessoires (54 %), un environnement de travail plus agréable et protecteur (36 %), une charge de travail plus raisonnable (30 %), et des opportunités d'éducation et de formation de meilleure qualité (29 %) [29].

Au Zimbabwe, les facteurs les plus importants qui inciteraient les professionnels à rester dans leur pays natal sont de meilleurs salaires (76,6 %), de meilleurs avantages accessoires (71,4 %), un environnement de travail plus agréable et protecteur (69,3 %)[29].

L'amélioration des salaires comme nous avons retrouvés dans notre étude est considérée comme le facteur qui inciterait les professionnels de santé à rester dans leurs pays natal.

9. Synthèse sur les enjeux de l'émigration des médecins pour le mali

Pour comprendre d'avantages les facteurs déterminant l'émigration, nous avons distingué des facteurs de différente nature qui s'additionnent souvent et qui contribuent à créer le désir de migrer.

Il y a d'une part les facteurs structurels, qui cherchent à expliquer le désir d'émigration des individus en relation avec le manque des infrastructures sanitaires et des formations supplémentaires mais aussi certains facteurs culturels comme le besoin de soutenir la famille.

D'autre part, les facteurs structurels comme l'ajustement structurel et la pauvreté qui existent dans le pays et qui limite le gouvernement à absorber les médecins par le recrutement.

Le chômage chez les médecins au Mali est très important : même si nous ne pouvons fournir de statistiques précises, nous avons estimé sur la base des données fournies par l'association des jeunes médecins du Mali. Selon le responsable de l'association, en décembre 2012, ce sont 1336 médecins en chômage qui sont rentrés en compétitions pour seulement 80 postes à pourvoir au niveau de la fonction publique. Alors qu'environ 3000 médecins non employés courent entre cabinet, cliniques, hôpitaux, Centre de Santé de Référence (CSREF) et autres centres de santé pour avoir de quoi vivre.

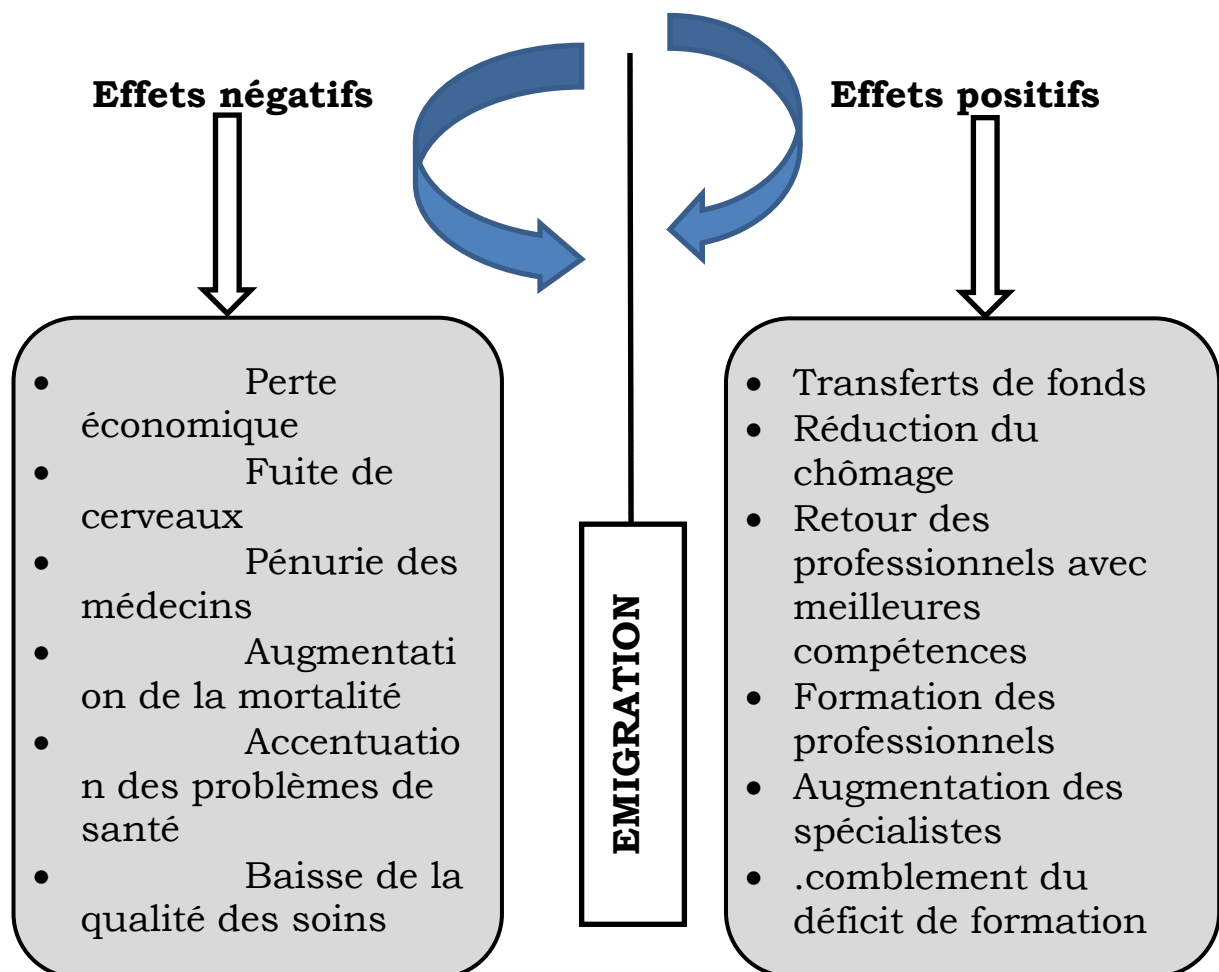
Donc à travers notre analyse des facteurs de départ, nous avons confirmé en partie notre hypothèse qui estime que le désir de

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

migrer est liés aux problèmes d'emploi du au nombre de médecins formés qui dépasse la capacité de recrutement de l'Etat.

Nous avons tenté de représenter le cercle vicieux entre les avantages et les inconvénients de l'émigration cités par les médecins enquêtés et des opinions recueillies auprès des autorités en charge des gestions de ressources humaines en santé.

On peut synthétiser les informations précédentes sous forme d'un graphique (ci-dessous)



VII. CONCLUSION :

Cette étude est l'une des premières à étudier les causes et la perception des médecins face à l'émigration au Mali. Nous concluons qu'un certain nombre de facteurs sont associés avec les attitudes des médecins à l'égard de la migration.

Plus de deux tiers des médecins ont déclaré leur intention d'émigrer.

Bien que l'intention de migrer soit élevée, trois sur quatre (77,6%) ont déclaré qu'ils reviendraient au Mali après avoir travaillé ou étudié à l'étranger.

Les causes étaient essentiellement la recherche d'une meilleure rémunération, la formation plus poussée, des meilleures opportunités professionnelles et des conditions de travail satisfaisantes.

Les pays de destinations étaient le Canada, suivi des États-Unis d'Amérique et les pays africains.

La majorité des médecins envisagent émigrer et considère comme une alternative sérieuse à la poursuite de leur formation professionnelle. Si cette tendance se poursuit, il peut poser une grave menace pour le système de soins de santé du Mali en cas de non-retour. Mais on peut noter que la production permet à l'heure actuelle de compenser les besoins.

VIII. PROPOSITIONS DE SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS POLITIQUES

➤ **Ampleur de la migration**

Il est d'intérêt de constater que des proportions considérables de médecins qui ont indiqué leur intention d'émigrer veulent se réinstaller dans d'autres pays.

Plus de la moitié des médecins enquêtés ont indiqué leur intention d'émigrer.

➤ **Facteurs motivants**

Une découverte importante de l'étude est le désir puissant des médecins pour une formation plus poussée et une meilleure rémunération, ce qui en incite beaucoup à émigrer dans les pays développés.

➤ **Effets de la migration sur la prestation de services**

Le départ des diplômés représente une grande perte en termes d'investissements publics (investissement en formation).

Cette émigration constitue une fuite de cerveaux et déstabilise le système de santé national (faible couverture sanitaire, soins de santé de qualité insuffisante) pour un pays dont la pénurie des médecins est reconnue.

✚ **Actions proposées**

L'étude propose la nécessité de réformes structurelles pour une meilleure rétention :

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

Etablissement et gestion d'une base fiable de données qui recense le nombre de médecins qui obtiennent un diplôme d'Etat de médecine.

L'étude suggère que la mise en œuvre des mesures visant à améliorer les conditions d'emploi des médecins est de nature à faciliter l'élimination des « facteurs de départ » qui les incitent à émigrer, mais aussi le salaire, l'amélioration des conditions de travail, l'offre des possibilités de formation et une évolution satisfaisante des carrières sont autant d'éléments importants.

Annexe 1 :

FICHE D'ENQUETE

Fiche N°:

I. IDENTIFICATION

1. Sexe 1= M 2= F /___/

2. Age : 1= < 30 ans 2= 30-39 ans 3=40-49 ans 4= >50 ans /___/

3. Situation matrimoniale : 1 =Marié(e) 2= Célibataire 3= Divorcé(é) 4= Veuf (ve) /___/

4. Résidence : 1 = Bamako 2 = Intérieur du Mali 3 = Hors du Mali /___/

5. Qualification : 1= Médecin généraliste 2 * = Médecin spécialiste

3*= Médecin en spécialisation (DES) 4 = Interne des hôpitaux /___/

***6 Indiquez votre domaine de spécialité :** /...../

7. Qu'est-ce qui vous a incité à faire les études de médecine ?

1= Travailler au Mali 2= Travailler à l'étranger /___/

8. Indiquez votre lieu d'exercice : 1= CHU 2 = Hôpital régional 3= CSRéf 4= CSCOM

5= Secteur privé 6 = ONG 7 = Autre à préciser :..... /___/

9. Indiquez votre fonction : 1= Fonctionnaire 2= Contractuel 3= Bénévole 4= Sans emploi

5= Chercheur 6= Autre à préciser :..... /___/

II. ETAT DE SATISFACTION AU TRAVAIL

10. Marquer le degré de satisfaction

| Très satisfait | Plutôt satisfait | Moyennement satisfait | Plutôt insatisfait | Très insatisfait |
|----------------|------------------|-----------------------|--------------------|------------------|
| 5 /___/ | 4 /___/ | 3 /___/ | 2 /___/ | 1 /___/ |

III. EMIGRATION :

11. Avez-vous entendu parler de l'émigration des professionnels de la santé ? Oui Non

Si oui, s'agit-il : Médecin Infirmier

Autres à préciser /...../

12. Cherchez-vous ou avez-vous cherché à émigrer ? Oui Non

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

13. Si OUI

Temporairement Définitivement

14. Pendant combien de temps prévoyez-vous rester à l'étranger ?

❖ 6 mois Entre 6mois et 1 an Entre 2 et 4ans
Entre 5 et 8ans Entre 8 et 10 ans ≥ à 10 ans

15. Donnez les raisons ?

| |
|----------------------------------|
| |
|----------------------------------|

16. Dans quel(s) pays souhaiteriez – vous émigrer ? Donnez 3pays par ordre de préférence

| |
|----------------|
| |
|----------------|

17. Prévoyez-vous émigrer pour exercer votre profession ? Oui Non

18. Citer 3 raisons majeures qui vous incitent à demeurer dans votre pays :

| |
|--------------------------|
| 1. 2. |
|--------------------------|

19. Connaissez-vous des médecins qui ont émigré ? Oui Non

| | |
|-----------------------|--|
| 20. Si oui, combien ? | |
|-----------------------|--|

21. Connaissez-vous des médecins en spécialisation en dehors du Mali ? Oui Non

| | |
|-----------------------------------|--|
| 22. Si oui, où ? (Pays) combien ? | |
|-----------------------------------|--|

23. Pensez-vous qu'ils vont retourner après leur spécialisation ? Oui Non

24. Si oui, pourquoi ? Si non pourquoi ?

| |
|-------------------------|
| |
|-------------------------|

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

25. A votre connaissance, vers quels pays émigrent les médecins maliens ?

| |
|----------------|
| |
|----------------|

26. Quelles sont les raisons qui vous poussent à émigrer ?

⊕ Meilleure rémunération ⊕ Absence de promotion ⊕ Pas d'avenir

⊕ Déclin économique national ⊕ Bénéficier d'une formation plus poussée

⊕ Déclin du service de santé ⊕ Tensions politiques

⊕ Manque d'emploi local ⊕ Salaire bas

Mauvaises conditions de vie telles que : ⊕ Manque de cohésion sociale ⊕ Manque de confort

⊕ Manque d'infrastructures socio-éducatives ⊕ Coût élevé de la vie ⊕ Insécurité

Mauvaises conditions de travail : ⊕ Manque d'équipements ⊕ Manque d'infrastructures

⊕ Climat interne délétère ⊕ Insécurité ⊕ Enclavement ⊕ Absence d'encadrement

⊕ Insuffisance de formations supplémentaires ⊕ Lourdeur de la charge de travail

Certaines mesures administratives peu encourageantes : ⊕ Affectations arbitraires

⊕ Non-respect des textes réglementaires en matière de gestion des carrières

Raisons familiales et socioculturelles : Oui Non

❖ Si oui lesquelles ?

| |
|-------------------------|
| |
|-------------------------|

Autres causes à préciser

| |
|-------------------------|
| |
|-------------------------|

V. LES IMPACTS DE L'EMIGRATION :

27. Pensez-vous que l'émigration des médecins produits des effets négatifs sur le pays ?

Oui

Non

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

28. Si, OUI Citer 3 impacts négatifs que l'émigration des médecins aurait sur les pays d'origine des migrants :

A :

B :

C :

29. Si NON, Citer 3 impacts positifs que l'émigration des médecins aurait sur les pays d'origine des migrants :

A :

B :

C :

30. Pensez-vous que l'émigration d'un médecin comporte des avantages pour le médecin migrant ?

Oui

Non

31. Si, OUI Citer 3 avantages que pourrait comporter l'émigration pour le médecin migrant lui-même :

A :

B :

C :

32. Si NON, Citer 3 inconvénients que pourrait comporter l'émigration pour le médecin migrant :

A :

B :

C :

VI. ETAT DES ACTIONS DU GOUVERNEMENT

33. Quelle appréciation donnez – vous sur le degré de connaissance du Gouvernement malien au sujet de l'émigration des médecins (ampleur et impacts)

⊕ Connaissance superficielle du problème

⊕ Connaissance approfondie du problème

34. Quelle appréciation donnez – vous au degré d'investissement (actes) de votre Gouvernement pour limiter la fuite des cerveaux dans le domaine médical ?

⊕ Activité quasi – Inexistante :

⊕ Activité existante mais insuffisante

⊕ Activité existante et suffisante :

35. Selon vous, faut-il favoriser l'émigration des médecins ? OUI NON

36. Si OUI, donnez trois (3) mesures principales qui pourraient favoriser l'émigration au Mali :

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

.....
.....
37. Si NON, donnez trois (3) mesures principales qui pourraient limiter l'émigration au Mali

.....
.....
VII. PROPOSITIONS DE MESURES A ENTREPRENDRE :

38. Selon vous faut-il favoriser l'émigration ? 1= Oui 2 = Non /___/

39. Si oui pourquoi ?

| |
|----------------|
| |
|----------------|

40. Selon vous faut-il stopper l'émigration ? 1= Oui 2 = Non /___/

41. Si oui pourquoi ?

| |
|----------------|
| |
|----------------|

42. Si oui quelles solutions proposez-vous pour limiter l'émigration

⊕ Augmentation franche des salaires : 1= Oui 2= Non /___/

⊕ Amélioration des conditions de travail : 1= Oui 2= Non /___/

⊕ Instauration des conditions politiques, sociales et économiques susceptibles d'enrayer la fuite de cerveaux des médecins. 1= Oui 2= Non /___/

⊕ Elaboration d'un profil de carrière 1= Oui 2= Non /___/

⊕ Elaboration des textes législatifs et réglementaires inexistantes et en rendre l'application effective

1= Oui 2= Non /___/

⊕ Elaboration et application un plan opérationnel et consensuel de gestion des ressources humaines en santé 1= Oui 2= Non /___/

43. Quelles autres solutions peuvent-être apportées selon vous ?

| |
|-------|
| |
|-------|

44. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter à l'issue de cette enquête ?

1= Oui 2= Non /___/

| |
|-------|
| |
|-------|

Annexe 2 : Guide d'entretien – Etude sur l'émigration des médecins au Mali

Public cible : Responsables de la gestion des ressources humaines au niveau central, responsables régionaux et départementaux de la santé.

1. le phénomène migratoire des médecins compte parmi les grandes questions des pays africains, qu'en pensez-vous de ce phénomène au Mali ?

2. La pénurie de professionnels de la santé dans le monde – et plus particulièrement dans les pays en développement – se vérifie à tous les niveaux de qualification et concerne notamment les médecins, qu'en est-il au Mali ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Comment appréciez – vous la disponibilité et de l'effectif des médecins au Mali ?

4. L'émigration doit-elle être favorisée ou encouragée (pour stimuler les envois de fonds ou remédier aux sureffectifs) ?

Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali

5. L'émigration doit-elle être limitée ou réduite (pour restreindre l'exode des cerveaux) ? Si oui, comment procéder et comment allier efficacité et éthique ?

6. Selon vous, quelles sont les conséquences de l'émigration des médecins sur le système de santé du Mali ?

.....
.....

7. Existe-t-il des dispositions pour suivre les flux migratoires des médecins ?

8. Quels sont les moyens envisagés ou appliqués par le Mali pour limiter l'émigration des médecins maliens ?

Annexe 3 : FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIARRA

Prénoms : Adama Oumar

E-mail : adamadia85@yahoo.fr

Téléphone : 00223 76 21 24 44/ 00223 66 66 55 46

Titre de la Thèse : **Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali.**

Année de soutenance : 2014

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie.

Secteurs d'intérêt : Santé publique, ressources humaines en santé, migration, Mali.

RESUME

Contexte

L'émigration internationale de personnes qualifiées est devenue de plus en plus importante au cours des dernières années.

Cette étude examine les causes de la migration des médecins au Mali. Les médecins exerçant dans les secteurs public, privé et non-gouvernementales des établissements de santé situés à Bamako et dans les régions du Mali ont été interrogés sur leurs positions et leurs attitudes à l'égard de l'émigration.

Méthodes : L'étude utilise des données transversales recueillies de décembre 2012 à juin 2013 à l'aide des questionnaires anonymes qui ont été distribués. Ces questionnaires ont mesuré l'influence de divers facteurs associés à l'intention de migrer par les travailleurs de la santé, identifiés dans la littérature.

Un total de 200 médecins a été retenu. Un nombre supplémentaire de 10 médecins et 2 responsables de la gestion des ressources humaines en santé ont été choisis pour des entretiens en profondeur.

Résultats : Nous avons trouvé 65 pour cent des médecins qui ont exprimé l'intention de migrer hors du Mali.

L'émigration temporaire a été citée par la majorité avec 77.6%.

Environ 23 % projetaient d'aller au Canada, 17.7% aux États-Unis d'Amérique, 31.6 % en Europe et environ 18% ont dit qu'ils voudraient émigrer dans un autre pays africain. Tandis que trente-cinq pour cent des médecins ont signalé qu'ils vont demeurer dans leur pays.

La décision d'émigrer était positivement associée à la recherche d'une meilleure rémunération, d'une formation plus poussée et à des salaires bas. Il a été constaté, au contraire, que la motivation à rester a été déterminée par d'autres facteurs tels que raisons familiales, la volonté de servir le pays, être proches des parents ou contribuer au développement du pays qui a investi dans leur formation.

Conclusion :

Ce document est l'un des premiers à étudier la perception des médecins face à l'émigration. Parmi les facteurs poussée / traction, les médecins ont priorisé la rémunération sur tous les autres facteurs.

Mots clés : Emigration, médecins, Mali.

Annexe 4 : SUMMARY

Name: Diarra

First Name: Adama Oumar

E-mail : adamadia85@yahoo.fr

Phone : 00223 76 21 24 44/ 00223 66 66 55 46

Thesis Title : **Determinants, issues and perceptions of emigration of physicians in Mali.**

Year of defense: 2014

City Defense: Bamako

Country of Origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odonto-Stomatology.

Areas of interest: Public Health, Health Human Resources, migration, Mali.

Background:

International skilled emigration has become increasingly important in recent years.

This study examines the causes of emigration of physicians in Mali. Physicians working in the public, private and non-governmental health institutions located in Bamako and in the regions of Mali were questioned on their views and attitudes towards emigration.

Methods: The study uses cross-sectional data collected from December 2012 to June 2013 using anonymous questionnaires that were distributed. These questionnaires measured the influence of various factors associated with the intention to migrate by health workers identified in the literature.

200 physicians were interviewed. An additional 10 physicians and two managers of human resources health were selected for in-depth interviews.

Results: We found 65 percent of physicians who expressed an intention to migrate out of Mali.

The majority of physicians (77.6%) has cited temporary emigration.

About 23% were planning to go to Canada, 17.7% in the United

States of America, 31.6% in Europe and about 18% said they would move to another African country. While thirty-five percent of physicians reported that, they will remain in their country.

The decision to migrate was positively associated with the search for better pay, more training and low wages. It was found, however, that the motivation to stay was determined by other factors such as family reasons, the desire to serve the country, to be close to relatives or contribute to the development of the country that has invested in their training.

Conclusion:

This document is one of the first to study the perception of physicians towards emigration. Among the factors that push / pull, doctors prioritized compensation on all other factors.

Keywords: Emigration, physicians, Mali.

Annexe 5 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] **Rapport sur la santé dans le monde 2006** – Travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006
- [2] Organisation internationale pour les migrations (OIM) : Glossaire de la migration 2007
- [3] **Peñaloza B, Pantoja T, Bastías G, Herrera C, Rada G.** Interventions to reduce emigration of health care professionals from low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9. Art. No.: CD007673. DOI: 10.1002/14651858.CD007673.pub2.
- [4] Gildas Simon, Migrants et migrations du monde, Documentation Photographique, 8063, mai-juin, 2008
- [5] **Organisation de Coopération et de Développement Économiques** : Les migrations internationales des personnels de santé, améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale ; Rapport de *synthèses*, février 2010
- [6] **Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vuljicic M, Adams O, Dal Poz M,** “Migration of health care workers from developing countries : strategic approaches to its management” Bulletin of the World Health Organization. 2004
www.who.int/bulletin/bulletin_board/82/stilwell1/en/
- [7] **Moïse Ballo.** Migration au mali profil national 2009 Préparé pour l'OIM.

[8] Sidi Mohamed Ben Moulaye Idriss. Devenir et dynamique des sortants de l'école nationale de médecine et de pharmacie de 1969 à 1999 [thèse : Med]. Bamako: Université du Mali ; 2002.

[9] REPUBLIQUE DU MALI. Ministère de la Santé (MS), Cellule de Planification et de Statistique (CPS), Déclaration de Politique développement des ressources humaines pour la sante politique nationale, Décembre 2009

[10] Lima P. Fossiles à foison : l'incroyable été 2007 de la paléanthropologie. Sciences actualités.fr, 2007 [en ligne] : http://www.cite-sciences.fr/francais/ala_cite/science_actualites/sitesactu/question_actu.php?id_article=8483&langue=fr.

[11] OCDE - Nations Unies/DAES: Les migrations Internationales en chiffres, dialogue de haut niveau sur les migrations internationales et le développement (3 - 4 octobre 2013)

[12] Conférence de l'Association des universités africaines de Tripoli. (Libye), 21-25 Octobre 2007

[13] Dovlo D. (2003) : "La fuite des cerveaux et la rétention des professionnels de la Santé en Afrique", Conférence sur L'amélioration de l'enseignement supérieur en Afrique subsaharienne, Accra.

[14] PNUD, « Human Development Reports », <http://hdr.undp.org/en/statistics/>

[15] Estimations réalisées à partir des personnels présents dans les 9 pays de destination des personnels soignants les plus importants (Grande-Bretagne, Etats-Unis, France, Australie, Canada, Portugal, Belgique, Espagne, Afrique du Sud) dans l'étude New data on African health professionals abroad, Michael A Clemens and Gunnilla Pettersson, 2008.

[16] **Hennequin, Emilie, MEYO, Jean-Marie, ADV ORONGE.** la fuite des cerveaux du sud vers le nord: comprendre et gérer la mobilité du personnel soignant camerounais

[17] **OMS:** Migration des personnels de santé, Aide-mémoire N° 301, Juillet 2010 (consulté le 11 juillet 2014) disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs301/fr/>

[18] **Harmony vander Straeten** : La fuite des cerveaux : un enjeu nord sud ? Illustration de cas : les systèmes de santé 2009

[19] **JOHNSON J.** "Stopping Africa's medical brain drain". *BMJ* 2005 ; 331:2- 3 (2 July), doi:10.1136/bmj.331.7507.2

[20] L'intention de mobilité internationale des étudiants de l'université de Marrakech : Thomas Dubois¹, Amine Chamkhi² Aomar Ibourk³ *Dans le cadre du Colloque international Innovations et développement dans les pays méditerranéens*, Le Caire, Egypte 13-14 Décembre 2010

[21] **REPUBLIQUE DU MALI.** Institut National de la Statistique (INSTAT), Bureau Central du Recensement (BCR), 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali – R.G.P.H. 2009, résultats provisoires, juillet 2009.

[22] AISSATA KEITA SYLLA, Les défis et les opportunités de la migration dans le cadre des stratégies sectorielles dans le secteur de l'environnement au Mali, MOLDAVIE, Octobre 2011

[23] REPUBLIQUE DU MALI. Ministère de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, Direction nationale de la fonction publique et du personnel, collecte de données

[24] REPUBLIQUE DU MALI. Ministère de la santé, Direction des ressources humaines, effectif global des agents de santé du secteur public en Octobre 2010.

[25] REPUBLIQUE DU MALI. Direction nationale de la santé, collecte de données

[26] REPUBLIQUE DU MALI. Ministère de la Santé (MS), Cellule de Planification et de Statistique (CPS), Annuaire Statistiques SLIS (2012).

[27] Statistiques mondiales, disponible sur www.statistiques-mondiales.com (consulté le 11 avril 2014)

[28] Groupe Banque Mondiale Région Afrique Développement Humain & Ministère de la Santé, République du Togo, Rapport Analytique Santé Pauvreté, Novembre 2011

[29] AWASES M, GBARY A, NYONI J, CHATORA R. Migration des professionnels de la santé dans six pays: rapport de synthèse. Brazzaville, 2004.

[30] B DAOU, M KOUAME, C ATIM, Analyse de l'offre de soins dans le cadre de la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au Mali, Conférence internationale Africa 2013 sur l'Ecosanté

Annexe 6: SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !