

LA FUITE DES CERVEAUX DU SUD VERS LE NORD :

COMPRENDRE ET GÉRER LA MOBILITÉ

DU PERSONNEL SOIGNANT CAMEROUNAIS

HENNEQUIN, Emilie,

PRISM

Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

1, Rue Victor Cousin 75005 PARIS – France

emilie.hennequin@univ-paris1.fr

MEYO, Jean-Marie

ADV ORONGE

DOUALA - CAMEROUN

Parler de la gestion des ressources humaines santé dans la zone subsaharienne, renvoie à la manière dont les politiques à travers les ministères en charge de la santé et autres institutions publiques spécialisées dans le domaine, gèrent leurs ressources humaines établir des propositions en vue d'un ajustement efficient des politiques de santé. Le cas du Cameroun est évocateur, parce qu'il connaît les mêmes facteurs qui minent la Gestion des Ressources Humaines santé en Afrique.

L'aggravation de la crise économique et financière qui a sévèrement affecté les pays africains au cours des années 1980 a eu des répercussions sur le budget des Etats et sur la performance de leurs économies. Les programmes d'ajustement structurel imposés par les bailleurs de fonds ont créé un état de psychose sociale, se traduisant dans le domaine du management des ressources humaines, par la réduction du personnel, le gel des recrutements, celui des formations continues ainsi que la baisse des salaires.

Profitant d'un timide retour de la croissance économique, certains Etats africains s'attèlent tant bien que mal à améliorer les secteurs vitaux que sont l'Education et la Santé en renforçant les capacités de gestion de leurs ressources humaines, d'où les programmes élaborés à cet effet par les différents gouvernements. Mais, à bien observer la situation, ces programmes et politiques de santé sont souvent restés inefficaces. En 2007, il manquait plus d'un million de personnel de santé en Afrique. Le ministre de la Santé Camerounais M. Awono a déclaré lors de la Conférence sur les Ressources Humaines en Santé en Afrique que « *la fuite des cerveaux est source d'inégalité et de fracture sanitaire entre le Nord et le Sud* ». Ainsi sur l'ensemble du globe, il y a 1 médecin pour 4000 habitants dont 1 pour 500 dans les pays occidentaux et 1 pour 25 000 dans les 25 pays les plus pauvres. En 2000, l'Afrique du Sud qui avait engagé 350 médecins cubains pour compenser les migrants demandait au Canada de ne plus puiser dans le vivier sud-africain en raison de la carence de généralistes. En France, environ 8000 médecins sont titulaires d'un diplôme étranger, 4400 l'ayant obtenu hors d'Europe. La résolution 2417 des Nations Unies souligne « *l'exode des cadres et du personnel qualifié des pays en voie de développement* » et proscrit ce trafic de personnel qualifié qui appauvrit davantage des pays déjà en souffrance au niveau des services médicaux.

Cette communication a pour objectif de présenter la situation du Cameroun face à la fuite des cerveaux du personnel de santé. Nous présenterons dans un premier temps le cadre général du départ de ces personnels en Afrique puis le cas particulier du Cameroun et les pistes éventuelles afin de limiter ces départs et leurs conséquences sur le traitement des malades.

1. LA FUITE DU PERSONNEL DE SANTÉ EN AFRIQUE : PRÉSENTATION DE LA SITUATION ET DU CADRE EXPLICATIF

1.1. La fuite des travailleurs qualifiés d’Afrique

Les migrations internationales constituent un phénomène complexe et leur impact sur les pays d’origine fait l’objet d’un intérêt certain pour les décideurs politiques et la communauté scientifique (Dia, 2005 ; Docquier, 2007). Selon le forum politique mondial, 70 000 africains qualifiés quittent leur pays d’origine chaque année pour les pays occidentaux. Aucun secteur n’est plus touché que celui de la santé. Le phénomène s’accélère ces dernières années avec une pénurie des professions médicales dans les pays industrialisés. Les départs à la retraite, le surmenage et une insuffisance des personnels formés expliquent cette pénurie (Aiken et al., 2001). Par exemple, d’ici à 2020, les Etats-Unis pourraient manquer de 200 000 médecins et de 800 000 infirmières (Clark et al., 2006). On parle alors de fuite des cerveaux. Il existe plusieurs définitions des « cerveaux » (Gueye, 2002) Il s’agit en fait d’individus dont l’activité professionnelle répond à la demande réelle et atteste une rentabilité tangible dans le champ économique. Les personnels de santé entrent dans ce cadre.

En Afrique, le secteur de la santé publique est sans doute le plus sérieusement touché par les migrations des professionnels de santé car il joue un rôle important dans la fourniture de services de santé à la majorité des populations africaines. Le secteur privé est en développement et opère surtout sur une base lucrative. A cause de faibles allocations budgétaires, les formations sanitaires publiques connaissent des pénuries de tenues, de protection, d’équipement de base et de médicaments. Elles ne peuvent pas offrir des salaires compétitifs à leur personnel puisqu’il y a des pressions sur les gouvernements pour qu’ils réduisent les dépenses publiques et la masse salariale. La qualité, l’efficacité et l’équité des services dépendent toutes de la disponibilité de professionnels de santé qualifiés et compétents où et quand les habitants en ont besoin et qui sont correctement formés pour fournir les services requis à un haut niveau. Il y a 70 000 migrations vers les pays occidentaux par an.

La fuite des cerveaux des médecins et infirmières vers les Etats-Unis, l’Australie, le Canada ou l’Europe aggrave donc la situation médicale dans les pays d’origine (Docquier, 2007). Par exemple, en France, 8000 médecins étrangers exercent dont 4400 avec un diplôme obtenu en dehors de l’Union Européenne. Ces pays ne disposent souvent que de ressources financières faibles et souffrent souvent des dysfonctionnements précédemment cités. Il leur est donc difficile de retenir cette main d’œuvre qualifiée et de rester compétitifs sur le marché mondial. Il manque actuellement 600 000 infirmiers et 720 000 médecins en Afrique et, avec l’émigration, cette pénurie ne devrait que s’aggraver. Pour les personnels de santé, il existe des permis de travail vers les pays du Nord (Dayton-Johnson et al., 2006), ce qui aggrave la crise sanitaire.

En dehors des pénuries dans les pays d’origine, le départ de personnel qualifié en Afrique s’accompagne de nombreux désagréments :

- *Une perte de capital humain* : Départ de personnel qualifié. De ce fait, le niveau moyen de capital humain au sein de la population active est réduit pour les pays émetteurs.

- *Le rendement de l'éducation* : Dans les pays en voie de développement, les programmes de formation destinés aux professionnels de santé sont souvent financés par les pouvoirs publics. Les soins prodigués dans le pays d'origine correspondent à des retours sur investissements pour les pouvoirs publics. Si un travailleur décide d'émigrer, il prive donc les pouvoirs publics d'une part de ce retour sur investissement, le financement réalisé par l'Etat n'ayant pas conduit à des soins supplémentaires dans le pays d'origine.
- *L'aggravation de l'insuffisance de soins* : Le manque de suivi des patients et d'accès aux soins contribue notamment à la réapparition de certaines maladies (tuberculose) et à la propagation de certains virus (VIH).
- *La perte des contributions au PIB et aux taxes* : En effet, en partant, les professionnels ne contribuent plus directement à l'économie du pays.
- *Le coût social de la morbidité et des maladies*.
- *L'augmentation de la pression sur les personnels restants* : en effet, les effectifs restants ont une augmentation de leur charge de travail. Certains infirmiers et aide-soignants sont même amenés à effectuer des actes médicaux pour lesquels ils n'ont pas eu de formation car il s'agit d'actes normalement réalisés par les médecins.

Si les inconvénients sont nombreux, il existe aussi des avantages dans cette émigration (Gaillard et Gaillard, 1998) puisque les professionnels migrants s'assurent un emploi dans une région plus prospère (Buchan et Dovlo, 2004) et donc les pays d'origine peuvent attendre :

- *Des transferts d'argent* : Pendant longtemps, les transferts venus des migrants amélioraient significativement le PIB et étaient une source majeure de revenu dans les pays en voie de développement. Toutefois, les partants ont désormais de plus en plus tendance à émigrer avec leur famille et de façon permanente ce qui diminue les montants envoyés dans leur pays d'origine.
- *Les migrations de retour* : Les migrants accumulent des connaissances et de l'argent dans les pays riches et peuvent rapporter ces capitaux humains et financiers en venant finir leur carrière dans leur pays d'origine améliorant la productivité et la diffusion des connaissances. Toutefois, là aussi, il est nécessaire que le personnel revienne dans le pays d'origine. Or, ces retours semblent moins fréquents ou alors au moment de la retraite ce qui ne permet pas la diffusion des connaissances.

Certains pays du Sud sont ainsi gagnants. C'est le cas notamment des pays qui ont su inverser leur flux migratoire (Corée du Sud), ceux qui ont pu développer leur propre système technique (Inde) et ceux qui ont mis en place des réseaux de reconnections avec les expatriés (Afrique du Sud) (Gaillard et al., 2002). Toutefois, la majorité des pays du Sud restent encore perdants. Les raisons expliquant la fuite de ces personnels sont multiples.

1.2. Cadre explicatif de la fuite des cerveaux

La migration de travailleurs qualifiés est le résultat de l'interaction de forces économiques, sociales, culturelles, politiques, religieuses, linguistiques et juridiques. Deux théories se complètent pour expliquer le phénomène : les facteurs d'offre-répulsion et ceux de demande-attraction (Maija et al., 1979 ; Kline, 2003).

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. Ils comprennent également les maladies et risques professionnels (propagation de maladies graves dont le virus VIH), la mauvaise qualité de vie, l'instabilité politique et l'absence de structures éducatives pour les enfants. En effet, dans les pays en voie de développement, il n'y a pas de ressources suffisantes pour les formations, de faibles salaires et des conditions de travail pénibles, ce qui explique la difficulté d'attirer et retenir le personnel médical (Padarath et al., 2003).

Les facteurs de demande-attraction, quant à eux, représentent les actions des pays d'accueil qui créent la demande et encouragent les migrants potentiels à quitter leur pays d'origine. A l'inverse des facteurs précédents, ils regroupent donc une meilleure rémunération, de meilleures conditions de travail, un environnement professionnel plus sûr, des perspectives de carrière plus grandes, une meilleure qualité de vie, une certaine stabilité politique et de meilleures structures pour les enfants. De plus, des réseaux renseignent les migrants potentiels sur les possibilités d'emploi dans les pays de destination et les aident à s'y installer (Martin, 2003). Depuis quelques années, le recrutement des personnels de santé est devenu offensif et systématique, de sorte que les candidats au départ n'ont jamais eu accès à autant d'informations sur les possibilités d'emploi dans les pays du Nord (Schmid, 2004).

Pour regrouper de façons plus succinctes ces différentes perspectives, 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.

Soulignons que les différents gradients sont modérés par d'autres facteurs :

- *Pouvant limiter l'envie d'émigrer dans le pays d'accueil* (perte des liens familiaux, coût potentiel de l'émigration, statut inférieur au personnel du pays d'accueil)
- *Pouvant limiter l'envie de partir du pays d'origine* (désorganisation de la vie de famille, problème de scolarisation des enfants, niveau de vie élevé dans le pays d'accueil) (Padarath et al., 2003).

Ces gradients et facteurs sont variables selon le pays d'origine. La seconde partie de cette présentation va nous permettre de voir plus précisément la situation du Cameroun concernant la fuite du personnel de santé et les solutions envisageables pour limiter ce mouvement.

2. SITUATION AU CAMEROUN ET POLITIQUES ENVISAGEABLES

2.1. Le cas particulier du personnel de santé au Cameroun

Le Cameroun a une superficie de 475 440 km² et une population estimée en 2005¹ à 16,4 millions habitants, représentant une densité de 31 habitants au km². En 2007, l'Institut National de la Statistique a relevé que 39,9% des ménages (12,2% en zone urbaine et 55 % en zone rurale) vivent en dessous du seuil de pauvreté². Selon cette enquête, la dépense annuelle de santé par habitant était en moyenne de 22.000 F CFA (33,58 euro), soit 7,6% des dépenses totales des ménages. La part du budget du Ministère de la Santé Publique par rapport au budget national était de 3,8% en 2008, alors que l'Organisation Mondiale de la Santé recommande qu'elle se situe autour de 8%.

Au Cameroun, la migration de professionnels de santé préoccupe les autorités ces dernières années. Alors qu'en 1990, il y avait un médecin pour 11 407 habitants, le ratio avait augmenté à un médecin pour 14730 habitants en 1997. Selon l'OMS (2002), le Cameroun compte désormais moins de 2 médecins pour 10 000 habitants.

Awases et al. (2004) soulignent comme points principaux de cette pénurie la répartition non-rationnelle de personnel, la faible productivité et la pénurie qualitative et quantitative de professionnels de santé causée par plusieurs facteurs dont le faible recrutement dans le secteur de la santé au cours des dix dernières années, les départs volontaires et/ou obligatoires et surtout l'émigration.

Au Cameroun, une enquête sur l'exode des professionnels de santé, commandé par l'OMS, a trouvé qu'en 10 ans, ce pays a perdu 173 médecins, 50 dentistes, 155 infirmiers spécialistes en pédiatrie, soins intensifs et anesthésie, 50 accoucheuses et 9 pharmaciens. Les Camerounais, de par leur histoire coloniale, s'orientent surtout vers la France (Lututala, 2006) mais aussi vers l'Amérique du Nord, la Belgique, la Grande-Bretagne et même l'Asie (Awases et al., 2004). 20 à 25 médecins sortent du pays chaque année pour 70 formés chaque année à l'Université de Yaoundé et 980 des infirmiers sur un total de 2100 sortant des écoles de formation sanitaires.³ Dans le travail de Beine et al. (2006), le Cameroun fait partie du top 30 des pays les plus affectés par de forts taux d'émigration médicaux.

Les raisons de départ sont multiples et reprennent les facteurs précédemment cités (Awases et al., 2004 ; Clarck et al., 2006 ; OMS, 2002) :

- Les bas salaires qui ne permettent pas de s'offrir les nécessités de la vie (lorsqu'on dépend de la fonction publique, le revenu n'est pas de nature à placer ces personnels dans les conditions qu'exige l'exercice serein de leur activité (un médecin spécialiste gagne 140 000 FCFA soit 213,43 euros par an et 72 000 CFA pour un infirmier soit 109.9 euros par an). De plus, ces salaires sont irréalistes au regard des risques et de la charge de travail des personnels.
- L'absence d'indemnités sociales et/ou de retraite : il n'y a pas d'avantages sociaux pour compenser les bas salaires.
- L'absence d'opportunités de formation continue et d'établissements de formation
- L'absence de matériel approprié pour effectuer les procédures pour lesquelles les professionnels ont été formés

¹ CEA(2004)

² Le seuil de pauvreté au Cameroun est de 22454 FCFA par mois (soit 34,23 euros par mois)

³ Rapport final de la réunion annuelle des services centraux et extérieurs du Ministère de la santé publique du Cameroun (décembre 2006).

- L'impossibilité de progression professionnelle : l'épanouissement est difficile car les médecins spécialisés ne sont pas toujours gratifiés en termes de carrière⁴. Les compétences ne sont pas récompensées. Il peut y avoir des affectations arbitraires, un non-respect des textes réglementaires en matière de gestion des carrières.
- Un Environnement politique insatisfaisant ou parfois instable (la situation a été un peu tendue au Cameroun pendant le période de luttes liées à des problèmes politiques internes).
- L'absence de matériel adéquat, d'outils et d'installations favorables aux pratiques et procédures avancées.
- La mauvaise gestion des services de santé (bureaucratie, infrastructures mauvaises, climat interne délétère, absence d'encadrement).

Dans l'étude de l'OMS (2002), 25 % des agents de santé ont convenu que la qualité des soins fournis se détériore à cause de l'absence de médicaments, des longues files et de l'absence de respect mutuel entre le public comme utilisateurs des services de santé et les professionnels de la santé. La charge de travail des agents qui restent a généralement augmenté. La qualité des soins de santé baisse, notamment les soins fournis par le personnel non qualifié qui exécute des tâches normalement au-delà de ses compétences. Les jeunes recrues font souvent leur travail sans supervision ou risquent de faire des diagnostics inexacts et de prescrire un traitement inapproprié.

Face à cette situation, il est nécessaire de chercher des solutions pour limiter la pénurie et compenser les départs.

2.2. Les mesures envisageables pour endiguer le problème

Le Cameroun n'a pas encore envisagé de mesures pour faire face à l'exode des compétences. Il rencontre même des difficultés pour mesurer le phénomène. Les seuls programmes existants sont ceux initiés par les agences de développement international. C'est notamment le cas du programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) par son programme TOKTEN (Transfer of Knowledge Through Expatriate Nationals) mais les résultats sont encore insatisfaisants. Certains organismes financent également les projets d'aide au retour dans leur pays d'origine.

Pour certains, le libre marché agit en invitant les PVD à améliorer leurs conditions de travail afin d'éviter l'émigration de leur personnel. Dans un monde idéal, la libre circulation du travail serait efficace et ces migrations devraient contribuer à l'augmentation du bien-être total dans le monde. En réalité, la redistribution n'est pas efficace et certains groupes, notamment les malades des pays d'origine, sont exclus de la répartition. Pour d'autres, il faudrait mettre en place une réglementation mondiale pour équilibrer le marché du travail. Toutefois, cela s'avère complexe. Il est nécessaire d'avoir une certaine cohérence dans les pays de développement car il faudrait des actions systématiques entre les pays de l'OCDE et les pays en développement. Les mesures des pays d'origine ne peuvent être utiles qui si elles sont complétées par une coopération des pays d'accueil avec, par exemple, des quotas de recrutement afin de limiter les dégâts sur les systèmes de santé et il faut que les pays développés revoient leur politique de recrutement et de formation pour endiguer leur pénurie.

⁴ Décret n°2001/145 du 11 juillet 2001 portant sur le statut particulier des fonctionnaires des corps de la santé.

Une approche plus simple pour les pays d'origine est d'agir sur les facteurs de répulsion (salaire, conditions de travail...) mais les ressources sont souvent insuffisantes. Au Cameroun, aucune politique publique n'a été mise en place pour le moment. Amélioration de la bureaucratie, nécessité de prime, application des textes réglementaires... Certains proposent au moins pour obtenir un remboursement partiel des dépenses de formation des pouvoirs publics ou d'instaurer une obligation de service aux diplômés issus des formations de santé. Il serait également envisageable d'aider à la réinsertion des migrants (Reverse Brain Drain). Il peut s'agir d'un programme de recrutement direct, de l'octroi de fonds de compensation ou de crédit permettant l'installation des migrants de retour à leur propre compte. Une revalorisation culturelle et sociale de la fonction de soignant est également nécessaire. En effet, les camerounais accordent encore beaucoup d'importance à la médecine traditionnelle et du médicament de la rue. Le statut du personnel soignant est donc encore assez mal reconnu au sein de la population. Dans le cadre de l'exode des cerveaux affectant les médecins et le personnel infirmier, des ONG tentent de sensibiliser l'opinion sur les conséquences des politiques de migration mais le problème reste encore insuffisamment traité au Cameroun.

Conclusion

La fuite des cerveaux est un concept ancien et remonte aux années 1950 (Carrington et Detragiache, 1999) à l'époque du départ massif des scientifiques et ingénieurs britanniques vers les Etats-Unis. Depuis, le phénomène s'est amplifié et est réservé aux migrations de personnel qualifié entre le Sud et le Nord. Il est aujourd'hui une véritable source d'inquiétude pour les gouvernements des pays en voie de développement en raison des pénuries qu'il génère. C'est particulièrement le cas en Afrique, notamment au Cameroun.

Si les pays riches peuvent compenser leurs pertes de capital humain dans le domaine de la santé grâce à leurs politiques d'immigration choisie en attirant les migrants qualifiés en provenance des pays en développement, les pays pauvres du Sud parviennent très difficilement, voire jamais à rééquilibrer la balance. Avec ses 900 millions d'habitants, le continent africain compte moins de médecins que l'Allemagne (82 millions d'habitants) et l'Italie (58 millions d'habitants). Si les effets négatifs de cet exode ne pourront réellement se mesurer qu'à long terme, il est urgent d'en trouver les solutions appropriées aux principales causes connues. Toutefois, l'Afrique ne peut lutter seule contre ce phénomène et supporter l'ensemble des conséquences engendrées par cette perte de capital humain. C'est notamment le cas du Cameroun qui se trouve encore démuné contre ce phénomène. La communauté internationale doit donc également jouer un rôle prépondérant. Malheureusement les pays riches, principaux bénéficiaires de ce mouvement, n'arrivent pas encore à adopter réellement des politiques et des mesures de soutien aux pays pauvres qui perdent leurs compétences.

Bibliographie

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J.A., Busse R., Heather C., Giovanetti P., Hunt J., Rafferty A.M. et J. Shamian (2001) : "Nurses' reports on hospital care in five countries," *Health Affairs (Bethesda)*, 20 (3) : 43-53.

Awases M., Gbary A., Nyoni J. et R. Chatora (2004) : "Migration de professionnels de la santé dans 6 pays : rapport de synthèse", *OMS*.

Buchan J. et D. Dovlo (2004) : "International recruitment of health workers to the UK : a report for DFID."

- Carrington W.J. et E. Detragiache (1999) : "Quelle est l'ampleur de l'exode des cerveaux", *Finances et développement* : 46-49.
- CEA (2004) : *Les économies de l'Afrique Centrale*, Maisonneuve et Larose, 352 p.
- Clark P.F., Stewart J.B. et D.A. Clarck (2006) : "La mondialisation du marché du travail des personnels de santé," *Revue internationale du travail*, 145 (1-2) : 43-73.
- Dayton-Johnson J. et L.T. Katseli (2006) : "Migration, aide et commerce : plus de cohérence en faveur du développement", *Cahier de politique économique*, 28.
- Dia I.A. (2005) : "Déterminants, enjeux et perceptions des migrations scientifiques internationales africaines : le cas du Sénégal", *Wiener Zeitschrift für kritische Afrikastudien*, 8 :141-172.
- Docquier F. (2007) : "Fuite des cerveaux et inégalités entre pays", *Revue d'économie du développement*, 2007/2-3 (21) : 49-88.
- 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*.
- Dovlo D. et T. Martineau (2004) : "A review of the migration of Africa's health professionals", *Africa working group*.
- Gaillard A.M. et J. Gaillard (2002) : "Fuite des cerveaux, circulation des compétences et développement : un enjeu politique", *Mots pluriels*, 20.
- Gaillard A.M. et J. Gaillard (1998) : "The international circulation of scientists and technologists : a win-loose or a win-win situation ?", *Science communication*, 20 (1) : 106-115.
- Gueye A. (2002) : "Un objet d'étude surréaliste, la fuite des cerveaux africains ?", *Mots pluriels*, 20.
- Kline D. (2003) : "Push and pull factors in international nurse migration", *Journal of nursing scholarship*, 35 (2) : 107-111.
- Lututala M. (2006) : "A propos de la fuite des cerveaux africains : comment favoriser le transfert de leurs connaissances et compétences ?", *Conférence sur la Migration et le Développement, mars 2006, Bruxelles* : 277-287.
- Martin P.L. (2003) : "High skilled labor migration : sharing the benefits", *Institut International d'études sociales*, Genève.
- Mejia A., Pizurki H. et E. Royston (1979) : "Physician and nurse migration : analysis and policy implications", *Genève, OMS*.
- OMS (2002), "Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays : Cameroun (2003-2007)".
- Padarath A., Chamberlain C., McCoy D., Ntuli A., Rowson M. et R. Loewenson (2003) : "Health personnel in Southern Africa : Confronting maldistribution and brain drain", *Equinet Discussion Paper Number 3*.
- Schmid K. (2004) : "Strategies to manage migration of health professionals to protect national health systems will be successful only if stake holders are involved in the process", *Bulletin of the world health organization*, 82 (8) : 621-622.