

Migrations internationales des personnels de santé :

Le code de pratique de l'OMS comme vecteur de cosmopolitisation politique

Thèse présentée à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Neuchâtel.

Institut de Géographie

Université de Neuchâtel

Pour l'obtention du grade de docteur ès sciences humaines

Clémence Merçay

Directeur de thèse : Prof. Etienne Piguet

Rapporteurs : Prof. Benedikt Korf, Prof. François-Xavier Merrien, Prof. Antoine Pécoud

Soutenue le 4 septembre 2014.

IMPRIMATUR

La Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Neuchâtel, sur les rapports de M. Etienne Piguet, directeur de thèse, professeur à l'Université de Neuchâtel ; M. Benedikt Korf, professeur associé, Université de Zürich ; M. Antoine Pécoud, professeur, Université de Paris 13 ; M. François Xavier Merrien, professeur, Université de Lausanne, autorise l'impression de la thèse présentée par Mme Clémence Merçay en laissant à l'auteur la responsabilité des opinions énoncées.

p.o. 

Neuchâtel, le 4 septembre 2014

La doyenne
Geneviève de Weck

Neuchâtel, le 4 septembre 2014

ATTESTATION

La soussignée, doyenne de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Neuchâtel, certifie que

Madame Clémence Merçay

a soutenu avec succès, le 4 septembre 2014, sa thèse de doctorat intitulée : "**Migrations internationales des personnels de santé : Le code de pratique de l'OMS comme vecteur de cosmopolitisation politique**"

Le jury a attribué à la thèse présentée la mention : magna cum laude

Directeur de thèse : M. Etienne Piguet, professeur, Université de Neuchâtel

Rapporteurs : M. Benedikt Korf, professeur associé, Université de Zürich

M. Antoine Pécoud, professeur, Université de Paris 13

M. François Xavier Merrien, professeur, Université de Lausanne



La doyenne
Geneviève de Weck

REMERCIEMENTS

Alors que s'achève ce travail de longue haleine, mes pensées vont aux nombreuses personnes qui ont rendu sa concrétisation possible.

Je tiens en premier lieu à exprimer ma reconnaissance envers mon directeur de thèse, le professeur Etienne Piguet. Il m'a fait confiance et a dirigé mes recherches avec enthousiasme. Ses grandes qualités scientifiques ont été pour moi une source d'inspiration et je ne peux qu'espérer que ce travail en soit un tant soit peu le reflet.

Je remercie le professeur François-Xavier Merrien de m'avoir, il y a bien longtemps, suggéré de travailler sur le thème des migrations internationales des personnels de santé. Il était naturel de l'associer aussi à la conclusion de cette étude. Mes remerciements vont également aux deux autres membres du jury, les professeurs Benedikt Korf et Antoine Pécoud, qui ont bien voulu examiner mon travail et y apporter leur expertise.

La conduite de cette thèse s'est déroulée entre Neuchâtel, Berne, Genève et Paris, où j'ai eu la chance de croiser nombre de personnes exceptionnelles.

Mon passage à l'Institut de Géographie de l'Université de Neuchâtel restera pour moi une époque mémorable. C'est avec une chaleureuse gratitude que je tiens à remercier le corps professoral, notamment les professeurs Ola Söderström et Martine Rebetez, jamais avares d'un bon conseil, ainsi que mes merveilleux collègues, trop nombreux pour que je les cite tous nommément. Les bons moments passés ensemble ont certainement nourri la persévérance nécessaire à l'aboutissement de mon projet.

C'est à la division Affaires internationales de l'Office fédéral de la santé publique que j'ai eu l'occasion d'approcher pour la première fois mon objet d'étude. Je remercie Gaudenz Silberschmidt de m'avoir donné cette magnifique opportunité. Un tout grand merci également à Delphine Sordat Fornerod ainsi qu'à Jean-Daniel Biéler, excellents compagnons de route qui m'ont toujours soutenue dans mes projets professionnels.

Mes remerciements vont encore à Pascal Zurn et Jean-Marc Braichet avec qui j'ai eu l'occasion de collaborer à l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi qu'à Jean-Christophe Dumont et Gaétan Lafortune qui m'ont donné l'opportunité de travailler à leurs côtés à l'OCDE : expériences extrêmement formatrices, occasions de rencontres enrichissantes.

Je remercie tendrement Fabrice qui en entrant dans ma vie l'a rendue bien plus belle, et mon travail plus facile.

Je tiens enfin à remercier ma famille, Michèle, Jean-Louis, Antonin et Aurélia, pour qui j'éprouve une profonde reconnaissance et une sincère admiration.

Je souhaite finalement saluer le travail important effectué par tous les personnels de santé, malheureusement réduits dans ces pages à un simple objet d'étude.

Mots clés en français

Géographie, migrations, santé, organisations internationales, communauté épistémique, éthique, cosmopolitisation, code

Mots clés en anglais

Geography, migrations, health, international organizations, epistemic community, ethic, cosmopolitization, code

Résumé

Cette recherche de thèse réalisée en géographie humaine s'inscrit dans le champ d'étude cherchant à comprendre l'émergence de normes politiques universelles dans un contexte de globalisation et de migrations. Elle s'intéresse spécifiquement au Code de pratique de l'Organisation mondiale de la Santé pour le recrutement international des personnels de santé adopté par l'ensemble des États membres en 2010. Cette adoption unanime a été présentée comme un accomplissement remarquable, témoignant d'une moralisation de la société internationale. En raison de sa forme institutionnelle (il est de portée mondiale) ainsi que de ses engagements éthiques (il appelle les pays de destination en prendre en compte les intérêts des pays d'origine des personnels de santé migrants), ce Code de pratique est envisagé comme incarnant une contrainte libérale dont il s'agit alors de saisir les mécanismes d'émergence.

Sur la base d'une approche compréhensive articulée autour du concept de discours, trois principaux résultats sont avancés. Premièrement, le concept de communauté épistémique permet de qualifier le groupe d'acteurs s'étant engagés sur la scène internationale afin de promouvoir le principe d'un Code de pratique mondial, et que celui-ci soit particulièrement favorable aux intérêts des pays d'origine. Ensuite, le passage en revue des connaissances servant de fondement à l'élaboration des principes du Code permet de voir le modèle dit « de l'effet domino » faire suite et s'imposer face aux modèles explicatifs de type « push-pull ». Abordé comme un récit politique, le modèle de l'effet domino suggère alors que les recommandations du Code s'orientent vers une meilleure autosuffisance en personnels de santé dans les pays de destination alors que le modèle push-pull était de nature à suggérer que ceux-ci reversent des compensations aux pays d'origine. Finalement, l'analyse portant sur les rationalités politiques des différents principes du Code permet de révéler des prédispositions idéelles structurant le discours. Contrairement au principe de compensation, ceux d'autosuffisance et de limitation du recrutement actif ont pu être formulés en adéquation avec les préceptes du libéralisme économique et politique. Cette concordance apparaît comme un facteur explicatif essentiel pour

comprendre l'inclusion de ces deux dernières recommandations dans le Code au détriment de la première.

En conclusion, le Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé apparaît comme emblématique de la manière dont la mise en évidence de relations d'interdépendance découlant de flux migratoires s'accompagne de demandes de responsabilisation à l'intention des États, mais aussi d'une plus vaste gamme d'acteurs. À mesure que se développent des flux mondialisés, qu'il s'agisse de personnes, de bien matériels ou de flux financiers, il est à prévoir que de nouvelles demandes de responsabilisation émergent, appelant à de nouveaux arbitrages entre principes éthiques concurrents.

SOMMAIRE

LEXIQUE	17
CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE	19
1. PROBLÉMATIQUE	21
1.1 LES MIGRATIONS INTERNATIONALES DES PERSONNELS DE SANTÉ	22
1.2 LA SANTÉ PUBLIQUE	24
1.2.1 LA NOTION DE SANTÉ PUBLIQUE	24
1.2.2 LES DÉBUTS DE LA COOPÉRATION INTERNATIONALE EN MATIÈRE DE SANTÉ	25
1.2.3 VERS LA SANTÉ GLOBALE ?	26
1.3 LES MIGRATIONS INTERNATIONALES	27
1.3.1 MIGRATION ET DÉVELOPPEMENT	28
1.3.2 DÉBAT SUR LE CONTRÔLE DES MIGRATIONS	29
1.3.3 LA GOUVERNANCE MONDIALE EN MATIÈRE DE MIGRATIONS	30
1.3.4 LE CODE DE PRATIQUE DE L'OMS COMME INSTRUMENT DE COOPÉRATION INTERNATIONALE DANS LE DOMAINE DES MIGRATIONS	30
1.4 QUELS ENJEUX DE GLOBALISATION POLITIQUE POUR LES QUESTIONS DE SANTÉ GLOBALE ET DE MIGRATIONS INTERNATIONALES ?	32
1.5 QUESTIONS DE RECHERCHE	33
2. MÉTHODOLOGIE	34
2.1 LA POSITION DU CHERCHEUR	35
2.2 LE POSITIONNEMENT DISCIPLINAIRE	37
2.3 TECHNIQUES D'ENQUÊTE	39
2.4 PLAN DÉTAILLÉ DE LA RECHERCHE	41
CADRE THÉORIQUE	49
3. GLOBALISATION POLITIQUE ET ORGANISATION INSTITUTIONNELLE	51
3.1 THÉORIES DES RELATIONS INTERNATIONALES	51
3.2 WORLD POLITY THEORY : UNE THÉORIE DU POLITIQUE À L'ÉCHELLE MONDIALE	53

4.	<u>LES DIMENSIONS ÉTHIQUES DE LA GLOBALISATION POLITIQUE</u>	55
4.1	LA (RÉ)CONCILIATION DE L'ÉTHIQUE ET DES SCIENCES SOCIALES	55
4.2	COMPRENDRE LE RÔLE DE L'ÉTHIQUE À TRAVERS LE CONCEPT DE CONTRAINTE LIBÉRALE	56
4.2.1	L'ORIGINE DE LA CONTRAINTE LIBÉRALE	57
5.	<u>POSITIONNEMENT THÉORIQUE ADOPTÉ : UNE DOUBLE POSTURE CONSTRUCTIVISTE ET POST-STRUCTURALISTE</u>	60
5.1	LE DISCOURS AU SEIN DU NÉO-INSTITUTIONNALISME DISCURSIF	60
5.2	LE DISCOURS AU SEIN DU POSTSTRUCTURALISME	63
5.3	APPAREILLAGE CONCEPTUEL AUTOUR DE LA NOTION DE DISCOURS	64
5.4	LES COMMUNAUTÉS ÉPISTÉMIQUES COMME ACTEURS CLÉS DU DISCOURS	68
	CADRE D'ANALYSE	71
6.	<u>LA POSITION MORALE VIS-À-VIS DES NON-CIToyENS : NATIONALISME VERSUS COSMOPOLITISME.</u>	73
6.1	INTRODUCTION AUX CONCEPTS DE NATIONALISME ET DE COSMOPOLITISME	74
6.2	INTRODUCTION AUX PRINCIPES DE JUSTICE DISTRIBUTIVE	75
6.3	QUELLE APPLICATION COSMOPOLITE DES PRINCIPES DE JUSTICE DISTRIBUTIVE ?	78
6.4	MIGRATIONS INTERNATIONALES ET ENJEUX DE JUSTICE DISTRIBUTIVE	80
6.4.1	LIBERTÉ DE MIGRER	80
6.4.2	MIGRATION ET PRINCIPES DE REDISTRIBUTION	81
6.4.3	L'ARGUMENT UTILITARISTE EN FAVEUR D'UNE OUVERTURE DES FRONTIÈRES	81
6.4.4	L'ARGUMENT NATIONALISTE APPUYANT UN CONTRÔLE DES FRONTIÈRES	82
6.4.5	LA LIGNE COMMUNE ENTRE COSMOPOLITES ET NATIONALISTES EN MATIÈRE DE MIGRATIONS	83
6.4.6	LA RESPONSABILITÉ AU-DELÀ DE LA BIENFAISANCE AVEC L'APPROCHE RELATIONNELLE	84
7.	<u>LA GOUVERNEMENTALITÉ COMME ANALYSE DU POUVOIR POLITIQUE</u>	85
7.1	INTRODUCTION AU CONCEPT DE GOUVERNEMENTALITÉ	86
7.1.1	LES DIFFÉRENTS TYPES DE GOUVERNEMENTALITÉ	87
7.2	GOUVERNEMENTALITÉ ET MIGRATIONS INTERNATIONALES DES PERSONNELS DE SANTÉ	89
7.2.1	GOUVERNEMENTALITÉ GLOBALE	90
7.2.2	GOUVERNEMENTALITÉ ET DÉVELOPPEMENT	91
7.2.3	GOUVERNEMENTALITÉ ET MIGRATIONS INTERNATIONALES	93
7.3	UNE « ANALYTIQUE DU GOUVERNEMENT » COMME CADRE D'ANALYSE	95

8.	L'HISTOIRE DU CODE DE PRATIQUE	103
8.1	LES PRÉMICES DU CODE DE PRATIQUE	103
8.1.1	DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT À LA QUESTION DES MIGRATIONS INTERNATIONALES DES PERSONNELS DE SANTÉ	104
8.1.2	LE PROCESSUS DE DOCUMENTATION	107
8.1.3	LES PREMIERS CODES DE CONDUITE	113
8.2	L'INSCRIPTION DU CODE DE PRATIQUE SUR L'AGENDA DE L'OMS.	117
8.2.1	LA RÉOLUTION WHA57.19 MIGRATIONS INTERNATIONALES DES PERSONNELS DE SANTÉ : UN DÉFI POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT (2004)	117
8.2.2	LA RÉOLUTION WHA58.17 MIGRATIONS INTERNATIONALES DE PERSONNEL DE SANTÉ : UN DÉFI POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT (2005)	120
8.2.3	LA RÉOLUTION WHA59.23 ACCÉLÉRATION DE LA PRODUCTION DE PERSONNELS DE SANTÉ (2006)	121
8.3	2004-2008: LA PÉRIODE DE LATENCE AU SEIN DE L'OMS	123
8.4	LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DU CODE	126
8.4.1	LA CONSULTATION PUBLIQUE	126
8.4.2	2009 : POURSUITE DES CONSULTATIONS EN VUE D'UN CONSENSUS	128
8.4.3	MAI 2010 : NÉGOCIATIONS ET ADOPTION DU CODE DE PRATIQUE DE L'OMS	130
8.5	SYNTHÈSE DE L'HISTOIRE DU CODE	132
9.	L'ÉVOLUTION DE LA SUBSTANCE DU CODE	134
9.1	ÉVOLUTION DU DÉBAT SUR LES COMPENSATIONS ET LA COOPÉRATION INTERNATIONALE	136
9.1.1	LE SECRÉTARIAT DE L'OMS FAVORABLE AUX COMPENSATIONS	136
9.1.2	LES COMPENSATIONS REMPLACÉES PAR LE CONCEPT DE MUTUALITÉ DES BÉNÉFICES DANS LE PREMIER PROJET DE CODE	137
9.1.3	LES DEMANDES PERSISTANTES DE COMPENSATION ET LE PRINCIPE D'ASSISTANCE CIBLÉE	139
9.1.4	L'ESPRIT DES COMPENSATIONS INSINUÉ DANS LA RÉDACTION DU CODE	141
9.1.5	L'ABANDON DES COMPENSATIONS	143
9.2	ÉVOLUTION DU DÉBAT SUR L'AUTOSUFFISANCE	144
9.2.1	LES PAYS D'ORIGINE COMME CIBLE DES RECOMMANDATIONS	144
9.2.2	L'AUTOSUFFISANCE COMME RECOMMANDATION ADRESSÉE AUX PAYS DE DESTINATION	146
9.2.3	L'ÉLABORATION DU CODE ET LE GLISSEMENT DE L'AUTOSUFFISANCE VERS LA SOUTENABILITÉ	147
9.2.4	LE CONCEPT D'AUTOSUFFISANCE REPENSÉ À L'ÉCHELLE MONDIALE	149
9.2.5	SYNTHÈSE DU DÉBAT SUR L'AUTOSUFFISANCE	150

9.3	EVOLUTION DU DÉBAT SUR LE RECRUTEMENT ACTIF	150
9.3.1	UN PREMIER CODE AXÉ SUR LES PERSONNELS DE SANTÉ MIGRANTS	150
9.3.2	LES DEMANDES DE LIMITATION DU RECRUTEMENT ACTIF	152
9.3.3	LE DÉBAT SUR LE RECRUTEMENT ACTIF	153
9.4	SYNTHÈSE DE L'ÉVOLUTION DE LA SUBSTANCE DU CODE	155
 <u>LES MOTEURS ET RÉSISTANCES AU CHANGEMENT INSTITUTIONNEL À L'ŒUVRE AU SEIN DU CODE</u>		 159
<hr/>		
10	<u>L'ÉTABLISSEMENT D'UNE COMMUNAUTÉ ÉPISTÉMIQUE EN LIEN AVEC LES MIGRATIONS INTERNATIONALES DES PERSONNELS DE SANTÉ</u>	162
<hr/>		
10.1	LA CONSTITUTION D'UNE COMMUNAUTÉ ÉPISTÉMIQUE	163
10.1.1	HWMPI COMME NOYAU DE LA COMMUNAUTÉ ÉPISTÉMIQUE	164
10.1.2	LE DROIT À LA SANTÉ COMME PRINCIPE COSMOPOLITE UNIFICATEUR	167
10.2	CANAUX D'INFLUENCE DE LA COMMUNAUTÉ ÉPISTÉMIQUE	169
10.2.1	INCERTITUDE INITIALE ET DEMANDE D'EXPERTISE	169
10.2.2	MÉCANISMES D'INFILTRATION DANS LE DISCOURS POLITIQUE	170
10.3	CONCLUSIONS	179
 11 <u>PUSH-PULL VS EFFET DOMINO : L'IMPACT DE LA CONNAISSANCE SUR LE CODE DE PRATIQUE</u>		
<hr/>		180
11.1	LE MODÈLE <i>PUSH-PULL</i> COMME EXPLICATION DES FLUX MIGRATOIRES	181
11.1.1	LES ORIGINES DU MODELE PUSH-PULL	182
11.1.2	L'ÉTUDE FONDATRICE DE MEJIA DANS LES ANNEES 1970	183
11.1.3	LE RENOUVELLEMENT DE L'APPROCHE DANS LES ANNÉES 2000	184
11.2	LE MODELE DE L'EFFET DOMINO	186
11.2.1	ÉLÉMENTS DE DÉFINITION DE L'EFFET DOMINO	189
11.2.2	LES REPRÉSENTATIONS SUCCESSIVES DE L'EFFET DOMINO	190
11.2.3	DISCUSSION DE L'EFFET DOMINO	202
11.3	CONCLUSION	211
 12 <u>LES RATIONALITÉS POLITIQUES DU CODE</u>		 213
<hr/>		
12.1	LA RATIONALITÉ DU PRINCIPE DE COMPENSATION	214
12.1.1	VERS UNE ANALYTIQUE DU PRINCIPE DE COMPENSATION	215
12.1.2	L'EXISTENCE D'UNE INJUSTICE	216

12.1.3	ENJEUX MORAUX DES INJUSTICES	221
12.1.4	LA RECONNAISSANCE DE LA RESPONSABILITÉ D'UNE INJUSTICE	222
12.1.5	CONCLUSIONS QUANT AUX RATIONALITÉS POLITIQUES DU PRINCIPE DE COMPENSATION	226
12.2	LA RATIONALITÉ DU PRINCIPE D'AUTOSUFFISANCE	226
12.2.1	L'AUTOSUFFISANCE DANS LE DOMAINE ALIMENTAIRE	227
12.2.2	LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE	230
12.2.3	LIBÉRALISATION DE L'AGRICULTURE	232
12.2.4	CONCLUSIONS QUANT AUX RATIONALITÉS POLITIQUES DE L'AUTOSUFFISANCE EN PERSONNELS DE SANTÉ	233
12.3	LA RATIONALITÉ DU PRINCIPE DE LIMITATION DU RECRUTEMENT ACTIF	234
12.3.1	TENTATIVES DE DÉFINITION DES PRINCIPES DE RECRUTEMENTS ACTIF ET PASSIF	235
12.3.2	LES FONDEMENTS DES RESTRICTIONS AU RECRUTEMENT ACTIF	237
12.3.3	LES FONDEMENTS DE LA LIBERTÉ DE MIGRER DANS LE DISCOURS SUR LES MIGRATIONS DES PERSONNELS DE SANTÉ	238
12.3.4	CONCLUSIONS QUANT AUX RATIONALITÉS POLITIQUES DE LA LIMITATION DU RECRUTEMENT ACTIF	242
12.4	LA RATIONALITÉ DE LA GOUVERNEMENTALITÉ	243
CONCLUSIONS GÉNÉRALES		253
BIBLIOGRAPHIE		263
ANNEXES		273
LISTES DES ENTRETIENS		275
PARTICIPATION À DES RÉUNIONS EN LIEN AVEC LE CODE		277
CORPUS DE TEXTES		279
LISTES DES FIGURES		299
LISTES DES TABLEAUX		301

LEXIQUE

Acronyme FR	Intitulé complet FR	Acronyme EN	Intitulé complet EN
Agences gouvernementales			
	Département pour le développement international (du Royaume Uni)	DFID	Department for international Development (of United Kingdom)
	Services de santé anglais	NHS	National Health Services
	Département de la santé anglais	DH	Departement of health (UK)
	Agence norvégienne d'aide au développement	NORAD	Norwegian development assistance agency
ACDI	Agence canadienne de développement international		
Organisations intergouvernementales			
OMS	Organisation mondiale de la Santé	WHO	World Health Organization
CE	Conseil exécutif	EB	Executive Council
AMS	Assemblée mondiale de la Santé	WHA	World Health Assembly
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques	OECD	Organisation for Economic co-operation and Development
OIM	Organisation internationale pour les migrations	IOM	International Organization for Migration
BIT	Bureau Internationale du Travail		International Labour Organization
FMI	Fond Monétaire International	IMF	International Monetary Fund
OMC	Organisation mondiale du commerce	WTO	World Trade Organization
AGCS	Accord général sur le commerce des services	GATS	General Agreement on Trade in Services
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
Organisations diverses			
	Initiative conjointe pour l'apprentissage	JLI	Joint Learning Initiative
	Groupe de travail technique transitionnel	TGW	Transitional Working Group
GHWA	Alliance mondiale pour les personnels de santé	GHWA	Global Health Workforce Alliance
	l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé	HWMPI	Health Workforce Migration Policy Initiative
	Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration	GPAC	Health Worker Migration Global Policy Advisory Council
	Groupe de travail technique	TGW	Technical Working Group,

CMMI	Commission mondiale sur les migrations internationales	GCIM	Global Commission on International Migration
MMI	Le Réseau Medicus Mundi International	MMI	Medicus Mundi International
		Wemos	
WONCA	l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes		
		AMM	
		ICN	International council of nurses
Divers			
BBM	Bien public mondial	GPG	Global public good
ONG	Organisation non gouvernementale	NGO	Non-governmental organization
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement	MDGs	Millenium Development Goals

CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

1. PROBLÉMATIQUE

Le point de départ de notre recherche a été l'élaboration depuis 2004 et l'adoption en 2010 du Code de pratique mondial de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour le recrutement international des personnels de santé. Ce code¹ de pratique a été conçu dans un contexte où une inquiétude grandissante était exprimée par la communauté internationale par rapport au risque que l'émigration internationale des personnels de santé contribue à aggraver une pénurie dite mondiale, mais particulièrement accrue dans les pays en développement. Il vise en conséquence à énoncer des « *principes éthiques applicables au recrutement international des personnels de santé* » (art. 2.3). De fait, les thématiques abordées par ce code sont néanmoins multiples puisqu'il est question tant des pratiques de recrutement à proprement parler que de politiques de gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé ou que des pratiques de coopération internationale. Il est ainsi par exemple recommandé de décourager « *le recrutement actif de personnels des pays en développement confrontés à des pénuries aiguës de personnel de santé* » (art. 5.1) ou que les « *États membres s'efforcent (...) de répondre à leurs besoins en personnel de santé au moyen de leurs propres ressources humaines* » (art 5.4) (encadré 1). Adopté par l'ensemble des États membres de l'OMS, le code de pratique est un instrument non contraignant et l'application de ses principes par les gouvernements nationaux ou tout autre acteur impliqué dans le recrutement international des personnels de santé demeure une démarche volontaire.

Encadré 1: Extraits du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (User's Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, OMS)

Recrutement international éthique

Le Code décourage le recrutement actif de personnels de santé des pays en développement confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé

Traitement équitable du personnel de santé migrant

Le Code souligne l'importance d'un traitement équitable des personnels de santé migrants avec les personnels de santé formés localement. Tous les personnels de santé devraient avoir la possibilité d'apprécier les avantages et risques que présentent les postes à pourvoir.

Développement des personnels de santé et pérennité des systèmes de santé

Les États membres devraient instaurer des stratégies de planification, de formation et de fidélisation adaptées aux conditions propres à chaque pays pour avoir moins besoin de recruter des personnels de santé migrants.

Coopération internationale

Le Code encourage la collaboration entre pays d'origine et pays de destination de façon à ce que tous deux retirent des avantages des migrations internationales des personnels de santé.

Collaboration technique et appui financier

Les pays développés devraient fournir une assistance technique et financière aux pays en développement affectés par une pénurie en personnels de santé

¹ L'usage de la majuscule pour le terme « code » n'est retenu que lorsque celui-ci est énoncé selon son intitulé complet (Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé).

A première vue, un tel code peut surprendre ou susciter un certain nombre d'interrogations. Par exemple, si on considère les politiques de formation de la relève dans le domaine de la santé dans un pays donné et la pénurie en personnel de santé prévalant dans un autre pays, éventuellement très éloigné géographiquement, la relation entre les deux phénomènes n'est pas forcément évidente. Qui plus est, il n'est pas usuel que les politiques domestiques d'un pays soient régies par les conditions internes d'un autre pays. On peut également s'interroger quant à la signification d'un code de pratique non contraignant. Son application est-elle strictement volontaire ou des mécanismes existent-ils afin de promouvoir sa mise en œuvre ? Est-il révélateur d'une concentration du pouvoir à une échelle supranationale ou est-il plutôt le témoin d'une souveraineté réaffirmée des États ?

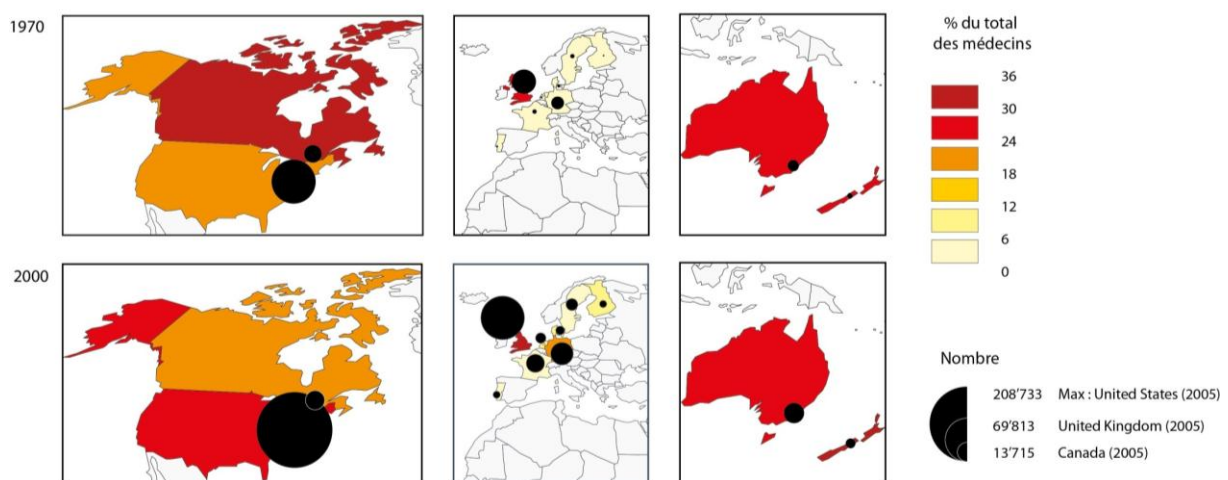
Nous avançons alors l'argument selon lequel le code pratique de l'OMS relève en fait de deux problématiques distinctes : celle de la santé publique et celle des migrations internationales. Grâce à un passage en revue des débats qui animent ces champs et plus particulièrement des développements ayant eu lieu sur la scène internationale, nous serons en mesure de questionner ces deux thèmes sous l'angle de leur participation à un phénomène de globalisation politique. Après une présentation des migrations internationales des personnels de santé proposant un regard diachronique et resituant ces mouvements dans le contexte plus général des migrations internationales, nous verrons ainsi de quelle manière ce phénomène particulier est susceptible de catalyser des préoccupations d'ordre éthique relevant tant du domaine de la santé publique que de celui des migrations internationales.

1.1 Les migrations internationales des personnels de santé

La manière dont s'est constituée et a évolué la connaissance liée à la description ainsi qu'à l'explication des migrations internationales des personnels de santé a sa propre histoire. Celle-ci est décrite et expliquée dans notre analyse. Nous n'entendons pas présenter ici ces flux de façon détaillée. Quelques remarques introductives à ce sujet sont toutefois utiles. De façon quelque peu paradoxale, la manière de décrire les migrations internationales des personnels de santé varie en fait passablement selon que l'accent est mis sur ses particularités et récentes variations ou que l'on s'intéresse aux tendances durables du phénomène, en le resituant dans le contexte général des migrations internationales. Ainsi, il est d'une part affirmé que les flux migratoires actuels de personnels de santé sont marqués par une augmentation de leur volume ainsi que par une diversification des pays d'origine et de destination (Connell, Zurn et al. 2007). Aux États-Unis par exemple, le nombre de médecins formés à l'étranger aurait presque triplé en trente ans, passant de 70,646 en 1973 à 210,000 en 2003 (2007: 1877). Des tendances identiques sont observées dans les autres principaux pays de destination que sont le Canada, l'Australie et la Grande-Bretagne. Cette augmentation quantitative se repère d'ailleurs également dans le ratio personnel étranger/personnel domestique. On observe ainsi que si en 1972, environ 6 pour-cent des médecins et 5 pour-cent des infirmières dans le monde se trouvaient

dans un pays étranger, principalement en Australie, au Canada, en République fédérale d'Allemagne, en Grande-Bretagne et aux États-Unis (Mejia, Pizurki et al. 1979), l'augmentation des flux migratoires se manifestait en 2000 à travers les moyennes de 11 pour-cent d'infirmières et de 18 pour-cent de médecins nés à l'étranger au sein des pays de l'OCDE, faisant du secteur de la santé l'un des principaux employeurs de personnel étranger dans la plupart des pays de l'OCDE (Dumont and Zurn 2007). Quant à la diversification des flux migratoires, elle a particulièrement été décrite du point de vue des pays d'origine, dans la perspective d'une augmentation du recrutement dans les pays à revenu intermédiaire et à faible revenu (Buchan and Sochalski 2004: 587).

Figure 1 : Médecins formés à l'étranger au sein d'une sélection de pays de l'OCDE, 1970 et 2005



Source : OCDE, Perspectives des migrations internationales (2007), Cartes réalisées par C.Merçay (2011) avec Philcarto (www.philcarto.free.fr)

Mais par ailleurs, le caractère « ordinaire » de ces mouvements a également été souligné, en rappelant que ceux-ci s'inscrivent en fait dans une tendance plus générale à l'accroissement des migrations transnationales des personnes dans le monde (Nations Unies 2002). Sachant que les migrants hautement qualifiés tendent plus facilement à migrer, il a d'ailleurs été observé que dans les pays de l'OCDE, la part d'immigrants actifs dans le domaine de la santé correspondait généralement à celle de personnel étranger qualifié (Dumont and Zurn 2007: 185).

Ainsi, si l'intérêt dont ont fait l'objet ces flux migratoires sur la scène internationale semble en partie s'expliquer par les changements récents observés dans la nature de ces mouvements, il est néanmoins singulier que l'attention se soit focalisée sur les migrations des seuls professionnels de santé. Une thèse centrale de cette recherche est alors qu'au-delà des changements observés dans le volume et la direction de ces flux, c'est surtout le regard qui a été porté dessus, la manière dont le phénomène a été appréhendé, qui a fortement changé ces dernières années. Afin de saisir les motifs

d'une telle évolution, il est utile de passer en revue les discussions liées aux thèmes de la santé publique ainsi que des migrations internationales.

1.2 La santé publique

Comme en témoigne la prise en charge par l'OMS de la question des migrations internationales des personnels de santé, ce phénomène a été principalement problématisé du point de vue des enjeux de santé publique qui y sont liés. Afin de mieux comprendre de quelle manière ce sujet fait écho à des préoccupations actuelles d'ordre sanitaire, il est donc nécessaire d'introduire en premier lieu le concept de santé publique. Il apparaît qu'initialement conçue dans un cadre national, la santé publique est de plus en plus appréhendée comme un phénomène global, mettant en tension des enjeux moraux et de gouvernance.

1.2.1 La notion de santé publique

En premier lieu, il s'agit de définir ce qu'est la santé publique. Le concept s'avère en fait plus ambigu qu'il n'y paraît dans la mesure où, comme l'explique Fassin (2000), la santé publique serait par essence une pratique discursive, n'existant que par un incessant discours sur elle-même. C'est d'ailleurs cette propriété qui expliquerait le décalage fréquemment dénoncé entre les ambitions affichées de la santé publique et ses réalisations concrètes. A travers ce constant souci de s'énoncer et de se définir, il est toutefois possible de dégager des éléments récurrents. L'expression étant constituée de deux mots, on peut d'abord s'intéresser à sa première composante, la santé. Il apparaît que celle-ci se définit tant en tant que valeur négative, l'absence de maladie, qu'en tant que valeur positive, la défense, voire la production de la santé. La santé se conçoit également de façon qualitative selon l'état de santé mais aussi dans un rapport quantitatif, en tant qu'espérance de vie. Quant à la dimension publique, elle renvoie d'une part au collectif s'opposant à l'individuel et d'autre part à l'administratif se différenciant du libéral. Une définition consensuelle de la santé publique ne saurait toutefois exprimer avec précision la mesure de l'engagement souhaité de la part des secteurs publics. Par exemple, selon un modèle socialiste, les systèmes de santé sont conçus comme des services publics, « *les services de santé sont alors en principe intégralement financés par la subvention publique, et l'État a pour finalité annoncée d'assurer l'accès de tous aux soins* » (Boidin 2005: 30). Dans la poursuite de cet objectif, on peut toutefois schématiquement distinguer deux formes d'intervention des pouvoirs publics dans l'organisation et la distribution de soins (Letourmy 2000: 14): le modèle de type beveridgien, caractérisé par une primauté du secteur public des soins et financé essentiellement par l'impôt, et le modèle bismarckien, reposant sur le régime d'assurance-maladie universelle et financé au moyen de cotisations sociales. Depuis les années 1970, on assisterait par contre à un

désengagement des pouvoirs publics. Ce dernier serait notamment à mettre en lien avec la mise en évidence de l'importance des modes de vie en matière de santé publique et ainsi, de la responsabilité individuelle (Fassin 2000: 69). Dans les années 1980, sous l'influence des thèses libérales et face à l'augmentation constante des coûts de la santé dans un contexte de récession économique, la limitation des dépenses de santé devient une priorité pour les États (Kara Terki 2010: 315). Parmi les mesures d'économies appliquées, la maîtrise de l'offre de soins, en particulier par le contrôle de la formation de personnels de santé, va constituer une orientation privilégiée par de nombreux pays (2010: 318). Se basant sur l'idée selon laquelle une offre de (personnels de) santé trop importante pourrait influencer la demande, de nombreux pays vont instaurer une limitation de l'accès aux études de médecine au moyen d'un *numerus clausus* dont les modalités varient d'un cas à l'autre. Si jusqu'alors un développement « spontané » mais en fait laissé à l'initiative de l'offre de soins s'opérait, les politiques de régulation des années 1990 ont ainsi directement visé un contrôle du développement de l'offre de soins (Letourmy 2000: 17).

On constate ainsi que bien que la notion de santé publique présente des contours mouvants, celle-ci se présente en définitive toujours comme une articulation entre l'individu, le marché et l'État. En ce sens, la santé publique se conçoit en premier lieu dans un cadre national. En effet, qu'il s'agisse de l'offre de personnels de santé, des consommateurs de soins médicaux ou des contribuables participant au financement de ces soins, toutes ces composantes d'un système de santé publique s'ancrent au sein d'un même État nation. Mais comme nous allons le voir dans la section suivante, le thème de la santé publique a également été porté sur la scène internationale. Au-delà de la simple coopération interétatique, le sujet tend en fait de plus en plus à être appréhendé de façon globale.

1.2.2 Les débuts de la coopération internationale en matière de santé

Un retour sur les débuts de la coopération internationale en matière de santé va nous permettre de mettre en lumière les changements qui se sont opérés au sein de ce champ, rendant possible le développement d'un code de pratique dans les années 2000. Le domaine de la santé publique a en fait commencé à être envisagé sur le plan international à la moitié du 19^{ème} siècle. L'accent était alors surtout mis sur les questions de contrôle des épidémies à travers les frontières et entre les nations. La première Conférence sanitaire internationale qui s'est tenue à Paris en 1851 et qui visait à endiguer la propagation de la peste, du choléra ainsi que de la fièvre jaune incarne cette prise de conscience de l'interdépendance des États en matière de santé. Il est à noter qu'au départ, cette coopération poursuivait principalement deux objectifs : d'une part, limiter les entraves au commerce et aux transports et d'autre part, assurer « la défense de l'Europe » contre les maladies pestilentielles d'origine exotique (OMS 1958: 14). L'origine de la santé internationale peut donc être liée à la promotion du capitalisme ainsi qu'à la volonté des États nations de se protéger des maladies. Tout au long du 20^{ème} siècle et au début du 21^{ème} siècle, les Conférences sanitaires internationales se

poursuivirent. Afin de faciliter la communication entre les États, l'Office international d'hygiène publique (OIHP) fut créé en 1907 à Paris (OMS 1958: 17) mais ses activités furent suspendues en 1914 lorsque se déclencha la première guerre mondiale. A l'issue du conflit, la coopération sanitaire internationale fut placée sous l'égide de la Société des Nations avec la création du Comité d'hygiène. En 1945, alors que les diplomates œuvraient à la mise en place de l'Organisation internationale des Nations Unies, il était considéré que « *la santé de tous les peuples était une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité* », selon les termes qui apparaîtront ultérieurement dans la Constitution de l'OMS (OMS 1958: 38). On observe ainsi un élargissement de la conception de la santé internationale par rapport aux préoccupations initiales de contrôle des épidémies. C'est finalement en 1948 que l'Organisation mondiale de la Santé, en tant qu'institution spécialisée de l'Organisation des Nations Unies pour la santé publique voit le jour.

1.2.3 Vers la santé globale ?

Depuis le début du 21^{ème} siècle, il a été de plus en plus fréquemment fait référence à l'idée de santé globale. Outre un engouement général pour tout vocabulaire « globalisant », un tel tournant linguistique reflète en fait différents types de développement selon les auteurs utilisant l'expression.

Premièrement, l'idée de santé globale serait à mettre en lien avec le fait que les risques sanitaires deviendraient eux-mêmes globaux (Lee, McMichael et al. 2002; Brown, Cueto et al. 2006). Par exemple, l'accélération de la circulation des biens et personnes faciliterait la propagation des épidémies. Les risques liés à la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue seraient également accrus en raison du commerce facilité de ces produits. Dans un autre registre, on peut encore considérer les effets sanitaires de la dégradation de l'environnement, notamment en lien avec le changement climatique. Selon cette perspective, il est donc question de la nature globale des déterminants de la santé.

Deuxièmement, l'expression santé globale a également été utilisée afin de rendre compte de la diversité croissante des acteurs intervenant dans le champ de la santé. En ce sens, le qualificatif international correspondrait en fait à la coopération intergouvernementale entre États souverains. L'idée de santé globale refléterait alors l'implication croissante d'acteurs non-gouvernementaux dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse d'organisations non-gouvernementales, d'entreprises multinationales ou des médias (Fidler 2001; Brown, Cueto et al. 2006). Un certain déplacement des pouvoirs serait observé, se manifestant par une régulation moins verticale de l'action au profit de collaborations plus horizontales entre acteurs de différents types (Boidin 2005: 77). Il semblerait à cet égard que la coordination entre tous constitue un défi particulièrement important, en témoignent par exemple les difficultés rencontrées lors de l'élaboration de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte

anti-tabac ou du Règlement sanitaire international, finalement entrés en vigueur en respectivement 2005 et 2007 (Brown, Cueto et al. 2006: 847).

Enfin, dans un registre plus explicitement **moral**, l'idée de santé globale impliquerait une « *consideration of the health needs of the people of the whole planet above the concerns of particular nations* » (Brown, Cueto et al. 2006: 62), soit une forme de cosmopolitisme par le biais d'un appel à ne pas effectuer de distinction entre les besoins de santé des citoyens et non-citoyens. On retiendra alors les propos de Benatar (2005), selon lequel tout progrès substantiel en matière de santé globale nécessiterait des changements dans l'imagination morale en tant que capacité d'empathie avec autrui. Une telle disposition requiert selon lui "*the critical examination of our individual lives and of our nations' actions, the capacity to see ourselves as bound to all other human beings, and the sensitivity to imagine what it might be like to be a person living a very deprived and threatened life*".

Au vu des évolutions dont rend compte le concept de santé globale, le thème des migrations internationales des personnels de santé apparaît comme emblématique des enjeux contemporains de santé publique puisqu'il décrit la mondialisation d'un déterminant de la santé (l'offre en personnels de santé) dans le même temps qu'il soulève des préoccupations morales d'ordre cosmopolite (l'intérêt pour la population des pays d'origine des personnels de santé migrants). Par ailleurs, le rôle des acteurs non-gouvernementaux dans le développement d'un code de pratique mondial est également à préciser.

La globalisation de la santé s'exprimerait ainsi à travers la nature de ses déterminants, sa gouvernance ainsi que dans une dimension morale. Selon une perspective critique, on pourrait toutefois mentionner une quatrième connotation du concept de santé globale selon laquelle celui-ci serait le reflet des grandes inégalités mondiales. Par exemple, Brown et Bell (2008) considèrent que les objectifs de santé globale restent empreints d'une vision coloniale, incarnant l'aboutissement d'un processus de développement et de modernisation des pays non-occidentaux. Mais surtout, Boidin (2005: 79) constate que sur la scène internationale, les politiques et réglementations sont principalement insufflées par les pays riches. Selon lui, « *le domaine de la santé s'inscrit dans une régulation mondiale plus large au sein de laquelle la logique économique-commerciale prévaut sur l'approche en termes de droits humains* » (2005: 42). Le code de pratique de l'OMS devrait alors aussi bien être questionné en tant qu'instrument de défense des droits humains que du point de vue de sa participation à la reproduction d'un ordre mondial inégal.

1.3 Les migrations internationales

La seconde thématique dans laquelle s'inscrit la question des migrations internationales des personnels de santé a trait à la dimension migratoire, un domaine dont le traitement sur la scène

internationale s'est également intensifié ces dernières années. Nous allons voir qu'à partir de deux débats distincts mais néanmoins interconnectés que sont la relation entre migrations et développement et le paradigme du contrôle des migrations, une approche en termes de gestion des migrations (*migration management*) s'est dégagée des discussions tenues dans les enceintes internationales. Les exemples de pratiques de coopération internationale en matière de migration passés en revue nous permettent alors de mieux qualifier et caractériser le code de pratique de l'OMS.

1.3.1 Migration et développement

En s'axant sur les impacts des migrations des personnels de santé sur l'accès aux soins dans les pays d'origine, le code de pratique s'inscrit en fait pleinement dans le débat concernant la relation entre migrations et développement. Différentes vues pouvant être qualifiées d'optimistes ou de pessimistes se sont succédé concernant ce nexus (de Haas 2008: 23). La perspective optimiste est inspirée par les théories de l'économie néoclassique ainsi que par les théories développementalistes de la modernisation. Selon ce point de vue, les migrations seraient engendrées par les différences géographiques entre offre et demande de travail et déboucheraient sur une convergence des salaires entre pays d'origine et de destination (Lewis 1986). Par ailleurs, les migrations généreraient des contre-flux de capitaux et de connaissances qui stimuleraient le développement des pays d'origine. Par contre, selon la perspective pessimiste inspirée par les approches telles que celles du marxisme ou de la théorie des systèmes mondes, la migration renforcerait plutôt le sous-développement des pays d'origine (2008: 24). Des années 1970 au début de ce siècle, le champ académique a principalement été dominé par la vision pessimiste (2008: 2). Ces dernières années, la discussion sur la connexion entre migrations et développement s'est principalement focalisée sur trois thèmes interreliés : les transferts de fonds, les migrations hautement qualifiées et les diasporas (Skeldon 2008: 7). Or, si les études sur les migrants hautement qualifiés ont notamment contribué à décrire un phénomène de fuite des cerveaux, celles portant sur les transferts de fonds et les diasporas ont particulièrement mis en évidence les aspects positifs de la migration pour les pays d'origine. Ainsi, tant les agences internationales que les gouvernements des pays d'origine et de destination tendent de plus en plus à considérer que l'émigration peut contribuer au développement des pays les plus pauvres (Castles 2008: 2). Skeldon explique de quelle manière "*a traditional focus in migration studies on causes and consequences of population movements has shifted to a policy focus on types of migrants that will promote or inhibit development*" avec l'idée que les migrations sont susceptibles d'être « gérées » (*managed*) afin d'atteindre des objectifs de développement (2008: 14). Cette approche se résume par le principe *win-win-win* selon lequel la migration serait un phénomène avantageux pour tous. En fait, il est argumenté que si elle est bien gérée, la migration bénéficie tant aux pays d'origine et de destination qu'aux migrants eux-mêmes. On voit ainsi que si un tel discours n'implique pas nécessairement que

les intérêts des pays de destination et d'origine soient mis sur un pied d'égalité, il suppose néanmoins que dans une certaine mesure, l'intérêt de ces derniers est pris en considération.

1.3.2 Débat sur le contrôle des migrations

Mais les arguments en faveur d'une meilleure gestion des migrations ne se limitent pas à des objectifs de développement. En fait, la nécessité de gérer les migrations est également apparue en reconnaissance des limites des politiques de contrôle des migrations. Dans la perspective des pays de destination, ces pratiques poursuivraient en fait l'objectif de *“facilitate the entry of immigrants who will deliver a net economic or other gain to the nation and to prevent the entry of all others”* (Taylor 2005: 571). Il est ainsi possible d'affirmer que les politiques de contrôle des migrations se justifient par des arguments nationalistes puisque celles-ci se voient légitimées par un droit des États nations *“not to be submerged by huge migratory movements and thus to treat differently non-citizens from citizens by border controls and migration and integration policies* (Verlinden 2005: 74). Etant donné la similarité croissante entre les pays industrialisés important de la main d'œuvre en termes d'instruments politiques choisis pour le contrôle des migrations (Cornelius, Martin et al. 2004: 3), cette tendance est également rapportée à un paradigme de contrôle des migrations. Selon ces auteurs, ces politiques n'auraient toutefois à ce jour rencontré qu'un succès limité dans leurs tentatives de limiter les flux indésirables. Pour sa part, Castles recense trois types de raisons expliquant cet échec (2004): les facteurs en lien avec les dynamiques sociales des processus migratoires, les facteurs liés à la globalisation et à la séparation Nord-Sud et les facteurs inhérents aux systèmes politiques. Une caractéristique significative des alternatives au paradigme du contrôle est alors la nécessité perçue de collaborer entre pays d'origine et de destination. Il y aurait en fait une reconnaissance croissante que les gouvernements des pays de destination ne sont pas les seuls acteurs en jeu (Taylor 2005: 571). Dans cette perspective, la gestion des migrations implique plutôt que l'État *“acknowledges that there is a situation with which it must deal to the generally mutual satisfaction of the various actors that depend on it to do so”* (Van Selm in Taylor 2005: 573) . On constate ainsi que la reconnaissance des limites des politiques de contrôle conduit à un enchevêtrement des intérêts nationaux et globaux et incite les États à collaborer entre eux. Le paradigme du contrôle paraît certes moins pertinent pour l'étude du code de pratique ; il permet néanmoins de qualifier le contexte général dans lequel s'inscrit la volonté de gérer les flux de personnels de santé. En se focalisant sur les actions initiées au niveau multilatéral, la section suivante présente les développements opérés sur la scène internationale en réponse à ce besoin de coopération.

1.3.3 La gouvernance mondiale en matière de migrations

Pendant longtemps et à l'exception notable du régime de protection des réfugiés, les questions de migrations internationales sont restées peu visibles sur l'agenda politique international. Mais depuis le début des années 2000, on observe un nombre croissant d'initiatives visant à placer ce sujet sur la scène internationale. Par exemple, en 2001, l'Organisation internationale des Migrations (OIM) a lancé un Dialogue International sur la Migration dans le but de « *contribuer à une meilleure compréhension du phénomène migratoire et (de) renforcer les mécanismes de coopération sur les questions de migration entre les gouvernements et les autres acteurs* » (OIM 2006: 3). Un programme de recherche en politique migratoire fut également mis sur pied afin de renforcer les capacités de l'OIM en matière de gestion des migrations (Newland 2005: 2). Du côté des Nations Unies, le secrétaire général Kofi Annan exprima en 2002² le besoin « (...) *d'examiner dans son ensemble et sous ses divers aspects la question de la migration, qui concerne désormais des centaines de millions de personnes et se pose aux pays d'origine, de transit et de destination. Nous devons mieux comprendre les causes des mouvements internationaux de populations et leurs liens complexes avec le développement* ». Cette impulsion conduisit à la création de la Commission mondiale sur les migrations internationales (CMMI), une structure indépendante dont le mandat consistait en particulier à placer les « *international migration on the global agenda* » and to « *make recommendations on how to strengthen national, regional, and global governance of international migration* »³. On peut finalement mentionner l'Initiative de Berne lancée par le gouvernement suisse en 2001. Celle-ci a consisté en la conduite de diverses consultations régionales afin de permettre un dialogue interétatique pour une meilleure gestion des migrations. Dans le cadre de ces activités, un Agenda international pour la gestion des migrations comprenant des « perceptions communes » ainsi que des « pratiques efficaces » dans ce domaine fut élaboré. Il apparaît ainsi que le développement d'un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé s'inscrit dans une volonté plus générale de régir les flux migratoires de façon multilatérale.

1.3.4 Le Code de pratique de l'OMS comme instrument de coopération internationale dans le domaine des migrations

Ces initiatives passées en revue s'inscrivant dans la perspective d'une gouvernance mondiale en matière de migrations présentent le point commun d'être légalement non contraignantes. Plusieurs auteurs soulignent ainsi le recours croissant ces dernières années à de tels principes normatifs volontaires dans la pratique internationale (Chatzistavrou 2005 ; Shelton 2008) et notamment dans le domaine des migrations internationales (Betts 2011 ; Koser 2010). Plusieurs motifs peuvent expliquer

² Rapport du Secrétaire général, A/57/387, 2002, p.12.

³ Global Commission on International Migration. The mandate. Geneva, 10 December 2003

cette tendance. Par exemple, les instruments non-contraignants supporteraient de plus importantes différences d'opinion et seraient ainsi plus rapides à négocier et à adopter que les instruments contraignants. Il a également été relevé que les instruments de *soft law* permettraient d'inclure les acteurs non-gouvernementaux n'étant habituellement pas intégrés dans le droit international coutumier (Shelton 2008 : 75-76). En tant qu'instrument de coopération internationale dans le domaine des migrations, le Code de pratique de l'OMS peut ainsi être mis en parallèle avec d'autres vecteurs de cosmopolitisation politique telle que la Convention internationale des Nations unies sur les droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille. Adoptée en 1990, cette convention juridiquement contraignante est ensuite entrée en vigueur en 1993 mais seuls 37 États l'ont ratifiée et parmi ces derniers, on ne compte aucun des principaux pays de destination. Cette résistance à la question du droit des migrants a notamment été expliquée par le fait que la migration restait principalement appréhendée comme relevant de la souveraineté nationale des États, des forces du marché et de préoccupations sécuritaires (de Guchteneire et Pécoud 2008). Par contraste, un code de pratique non contraignant apparaît comme un moyen plus commode de rassembler les États autour de principes ayant trait aux droits humains. La question de la conformité des États aux principes et recommandations d'un code de pratique non contraignant est bien sûr cruciale mais n'est pas directement le sujet de notre recherche qui se centre sur le processus d'élaboration du code plutôt que sur sa mise en œuvre. Un lien pourrait éventuellement être suggéré entre ces deux étapes du processus politique en formulant l'hypothèse selon laquelle les États les plus engagés dans le processus d'élaboration seraient les plus susceptibles de reconnaître la légitimité de ses principes.

Mais si par son caractère non contraignant, le Code de pratique de l'OMS peut être considéré comme emblématique de la manière dont les questions de migrations internationales sont traitées sur la scène internationale, cette initiative se distingue également de celles mentionnées précédemment par le fait qu'elle a été l'objet d'un processus de négociation et d'adoption par l'ensemble des 192 États membres de l'OMS. À l'inverse, les recommandations formulées par la Commission Globale sur les migrations internationales (Global Commission 2005) ou encore les Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays (ONU 1998) n'ont pas été soumis à la ratification par les pays. Ce statut particulier tend donc à conférer à cet instrument un caractère inédit dont il s'agit alors de saisir les mécanismes d'émergence.

Le code de pratique de l'OMS peut également être qualifié du point de vue de son contenu. Ici aussi, un parallèle peut être effectué avec d'autres instruments contemporains de coopération internationale dans le domaine des migrations. De manière générale, ce code s'inscrit dans un paradigme des droits de l'homme. Appliqué au domaine des migrations internationales, ce paradigme a principalement consisté en la défense des droits des migrants, qu'il s'agisse des travailleurs migrants, de leur famille, des migrants forcés ou des victimes de trafic. Le Code de pratique de l'OMS comprend également des dispositions relatives à la défense des droits des personnels de santé migrants

et à cet égard, est en ligne avec les initiatives existantes. Toutefois, la population dont le Code envisage en premier lieu la défense des intérêts est celle des pays d'origine des personnels de santé migrants, avec l'idée que le départ de personnels de santé puisse porter préjudice au pays d'origine. Si la relation entre migrations et développement a été abordée par les initiatives internationales les plus récentes, notamment dans le cadre des recommandations de la Commission Globale sur les Migrations Internationales, le Code de pratique de l'OMS présente la caractéristique de se concentrer sur un aspect particulier de ce débat, celui de la fuite des cerveaux. Le code de pratique de l'OMS est donc certainement l'instrument de coopération internationale le plus élaboré ayant trait à ce sujet.

1.4 Quels enjeux de globalisation politique pour les questions de santé globale et de migrations internationales ?

Au vu des débats en cours dans les champs de la santé globale ainsi que des migrations internationales, on identifie deux types d'enjeux transversaux : un enjeu moral lié à l'intérêt porté aux non-citoyens et un enjeu institutionnel lié aux modes de coopération entre les États. Pris ensemble, ils nous permettent de réfléchir à l'existence d'un phénomène de globalisation politique. Le concept de globalisation politique peut en effet être envisagé selon une dimension morale, en fonction de la prise en compte de l'intérêt des non-citoyens (par opposition aux citoyens) dans l'élaboration d'instruments politiques. La défense des intérêts des non-citoyens se fonde sur des valeurs cosmopolites ou humanistes mais nous avons également vu qu'elle peut être rendue nécessaire par la reconnaissance de l'interdépendance qui lie les États, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans celui des migrations internationales.

La globalisation politique s'entend également dans le sens d'une reconfiguration du pouvoir politique. Mais si les initiatives visant à élaborer des politiques globales se multiplient, les développements observés sur la scène internationale dans les domaines de la santé et des migrations internationales ne permettent pas de conclure à la formation d'un régime politique global, les États nations veillant à conserver leur souveraineté. A ce jour, la confrontation de ces forces (globalisantes et nationalisantes) contradictoires semble le plus souvent déboucher sur la formulation de recommandations, principes, normes et autres prescriptions non contraignantes. D'une certaine manière, la "*soft law*" se comprend d'ailleurs sans doute comme le corollaire organisationnel de la globalisation politique dans son acception morale. Mais si ce type d'instrument se définit aisément par la négative (ils sont non-contraignants), une définition positive rendant explicites les mécanismes de leur élaboration et permettant de saisir la manière dont le pouvoir politique se voit reconfiguré semble appeler des recherches approfondies.

Le code de pratique de l'OMS, considéré comme se trouvant à la jonction entre les deux thématiques de santé globale et de migrations internationales, nous semble alors constituer un objet d'étude emblématique des enjeux de société actuels. C'est pourquoi il nous paraît particulièrement pertinent de questionner cet instrument du point de vue de sa participation à un phénomène de globalisation politique.

1.5 Questions de recherche

Sur la base de la problématique présentée ci-dessus, nous formulons la question de recherche suivante :

Q. : De quelle manière le processus d'élaboration du code de pratique de l'OMS contribue-t-il à la production d'un discours spécifique sur les migrations internationales des personnels de santé et dans quelle mesure ce code participe-t-il à un phénomène de globalisation politique ?

Ayant mis en évidence les enjeux moraux et de pouvoir liés au code de pratique de l'OMS, nous proposons ainsi une question de recherche basée sur le concept de discours. D'une part, dans sa dimension constructiviste, le discours envisage de façon dynamique les idées constitutives des politiques. Une question de recherche articulée autour du discours a alors pour objectif de rendre compte du développement d'un nouvel instrument politique et des conditions ayant rendu possible son émergence ainsi que de saisir les différentes idées avancées au cours de ce processus, de voir leur évolution et éventuelles tensions, telles que mobilisées au sein d'une argumentation. D'autre part, le code de pratique résultant de ce processus discursif peut lui-même être envisagé comme un « script » ou discours global sur les migrations internationales des personnels de santé. Ce discours global cristallise les termes du débat et revêt une légitimité fondée sur le consensus dont il est le fruit. C'est alors en tant que discours structurant que le code de pratique peut être compris comme participant à un processus de globalisation politique.

Nous proposons de décomposer en deux parties le questionnement axé sur un phénomène de globalisation politique. Comme indiqué en introduction, nous appréhendons un tel processus du point de vue, d'une part de ses aspects éthiques et d'autre part, de l'organisation institutionnelle que le code de pratique implique et génère.

Q1 : Comment le discours sur les migrations internationales des personnels de santé et sur les politiques associées à ces mouvements se construit-il d'un point de vue éthique ?

Q2 : Dans quelle mesure et de quelle manière le discours global sur les migrations internationales des personnels de santé participe-t-il à une redistribution des tâches et

actions prévues entre les différents types d'autorités et quels sont les acteurs qui se voient légitimés en tant qu'unité d'action responsable ?

Notre démarche suivant un raisonnement abductif et notre positionnement théorique étant ancré dans une perspective dé/constructiviste, nous proposons de développer, non pas un système d'hypothèses, mais des axes de recherche permettant d'orienter l'élaboration de nos réponses aux questions de recherches ci-dessus.

Concernant la première sous-question, il s'agira donc de voir quels sont les différents enjeux éthiques présents dans les discours sur les migrations internationales des personnels de santé, si ceux-ci se présentent plutôt au niveau de l'argumentation ou de schémas de compréhension plus largement partagés, de quelle manière ces aspects éthiques sont articulés dans des cadres d'interaction spécifiques et de quelle façon ces arbitrages débouchent sur des recommandations politiques particulières. En discutant les responsabilités des gouvernements nationaux envers les populations des pays d'émigration des personnes de santé, les enjeux éthiques seront principalement abordés du point de vue de leur inscription dans un raisonnement nationaliste ou cosmopolite.

Pour le traitement de notre seconde sous-question de recherche, il s'agira d'une part d'analyser les modalités d'élaboration du code de pratique de l'OMS, c'est-à-dire de voir quels acteurs interviennent aux différentes étapes de la conception du code de l'OMS et quel rôle est joué par les représentants des gouvernements nationaux, des organisations internationales, gouvernementales ou non, ainsi que par différents types d'experts. D'autre part, en tant qu'instrument volontaire adopté par les gouvernements nationaux, la façon dont est prévue la mise en œuvre du code de pratique de l'OMS par différents types d'acteurs, notamment publics et privés, sera également l'objet de notre analyse.

2. MÉTHODOLOGIE

En première partie de ce chapitre méthodologique, nous explicitons la position de recherche endossée. La conduite d'activités professionnelles en lien avec le code de pratique de l'OMS a en effet constitué un contexte de recherche déterminant dans l'orientation donnée à cette étude. Deuxièmement, nous précisons le positionnement disciplinaire adopté où, tout en présentant un caractère interdisciplinaire manifeste, l'ancrage géographique de la recherche est affirmé. Troisièmement, nous indiquons les techniques d'enquêtes mobilisées, argumentant en faveur d'une analyse nourrie des observations directes ayant pu être effectuées, mais fondée en grande partie sur des sources écrites. Finalement, le plan détaillé de la recherche est passé en revue, explicitant la manière dont différents apports théoriques sont mobilisés afin d'analyser les résultats obtenus.

2.1 La position du chercheur

Si le choix d'étudier le processus d'élaboration du code de pratique de l'OMS se justifie clairement par les enjeux politiques, sociaux et académiques que cet objet d'étude soulève, il a également été orienté par les activités professionnelles menées par l'auteur. Entre 2008 (année de commencement de la recherche de thèse) et 2013, nous avons travaillé à la division Affaires internationales de l'Office fédéral de la santé publique en Suisse. Ce mandat, directement lié au code de pratique de l'OMS, ainsi que la rencontre avec les collaborateurs liés à ce projets, ont été particulièrement enrichissants en permettant de nourrir la réflexion. Ainsi, entre 2008 et 2010, nous avons, en tant que membre de la délégation suisse, assisté à plusieurs réunions organisées par l'OMS afin de développer le code de pratique (voir Annexes). Durant cette période, nous avons également participé à la mise sur pied d'un groupe de travail interdépartemental sur les migrations et ressources en personnels de santé ainsi qu'à des réunions d'information et de communication auprès d'acteurs non-gouvernementaux en Suisse. A l'issue des démarches de consultations auprès d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, nous avons collaboré au développement d'une position officielle de la Suisse en vue des négociations sur le Code. En mai 2010, toujours en tant que membre de la délégation suisse, nous avons directement participé aux négociations qui se sont tenues lors de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ensuite, ce mandat a porté sur la mise en œuvre du code avec la préparation de documents de vulgarisation, la participation à de réunions de diffusion d'informations relatives au code et la préparation du rapport national que la Suisse a remis au secrétariat de l'OMS en 2012.

Par ailleurs, entre 2010 et 2011, nous avons collaboré avec l'unité Migration et fidélisation de l'OMS, laquelle était en charge du code de l'OMS. Cette collaboration s'est avérée très instructive en nous permettant de saisir de quelle manière le Secrétariat de l'OMS intégrait les différentes contraintes (principalement la conciliation des intérêts divergents des États membres et la défense institutionnelle de l'OMS) dans son organisation de suivi du code. Toutefois, cette période a également été marquée par l'initiation d'un processus de réforme au sein de l'organisation et notamment des ressources humaines. Ce contexte particulier a certainement joué un rôle important dans la manière dont le suivi du code a été conduit par le secrétariat de l'OMS. Du point de vue de l'expérience professionnelle vécue, il a également fortement marqué l'atmosphère de travail.

Si la collaboration avec ces organisations a permis un accès direct et privilégié aux différentes étapes du développement du code, une telle implication n'est pas exempte de défis éthiques et méthodologiques. Le fait d'endosser un rôle dual, celui de chercheur et celui de collaborateur au sein des organisations mentionnées soulève en particulier des questions de confiance et de confidentialité vis-à-vis des autres participants. Ceux-ci peuvent également éprouver des difficultés à distinguer les deux rôles et des dilemmes éthiques peuvent particulièrement survenir lorsque les informations

délivrées dans un contexte pour avoir un impact négatif dans un autre contexte. La présentation des techniques d'enquêtes déployées (ci-après) révèle de quelle manière ces défis ont été gérés et surmontés. Toutefois, nous considérons que l'étude menée échappe à certaines difficultés rencontrées par d'autres chercheurs ayant pris pour objet d'étude une organisation ou un groupe social auquel ils appartenaient. Par exemple, Mosse a rendu compte de son expérience en tant qu'anthropologue ayant travaillé dans le milieu de la coopération internationale en Inde. Cet auteur a fait part des vives réactions des acteurs de l'aide au développement lorsque parurent les résultats de ses analyses, interprétant notamment cette critique comme le résultat de l'incompatibilité entre le principe d'une identité professionnelle et le projet ethnographique, lequel peut être perçu comme un jugement négatif (Mosse 2006). En focalisant notre recherche sur le Code de pratique de l'OMS, le rôle des organisations au sein desquelles nous avons travaillé a en effet été analysé sans que celles-ci ne constituent l'objet central de cette étude, et encore moins les relations sociales de ses membres. De ce point de vue, l'idée d'immersion dans le terrain d'étude doit être nuancée puisque les organisations évoquées ont plutôt constitué des passerelles vers le terrain d'étude à proprement parler.

C'est alors plutôt le fait d'étudier un processus tout en y participant qui a constitué un défi important, particulièrement en terme de distanciation vis-à-vis de l'objet étudié. Alvesson a décrit cette posture de recherche, qu'il nomme *self-ethnography*, comme liée aux études "*in which the researcher-author describes a cultural setting to which s/he has a 'natural access', is an active participant, more or less on equal terms with other participants*" (Alvesson 2003: 173). La *self-ethnography* se distingue alors de la recherche-action (*action research*), laquelle vise explicitement à résoudre des problèmes de l'organisation étudiée. Elle doit également être différenciée de l'observation participante dès lors qu'elle repose plutôt sur l'idée d'utiliser la position dans laquelle se trouve le chercheur dans un but secondaire de mener une recherche sur l'organisation dont il est membre. Si toutes ces méthodes partagent certainement un impératif de réflexivité de la part du chercheur, celui-ci semble même constituer le point de départ de la *self-ethnography*.

Ainsi, le choix d'étudier le code de pratique de l'OMS a été largement influencé par un contexte professionnel spécifique ayant créé une proximité avec cet objet d'étude. L'angle de recherche ne s'est toutefois précisé qu'ultérieurement. Dans un premier temps, il fut par exemple prévu d'étudier l'influence du code de pratique sur les politiques d'un ou de plusieurs États membres. Mais un tel questionnement supposait en premier lieu que les recommandations du code soient considérées comme allant de soi sans que leurs rationalités politiques ne soient questionnées. Progressivement, une prise de conscience d'une trop grande familiarité avec l'objet étudié s'est alors développée et un besoin de prise de distance s'est fait ressentir. Ce cheminement correspond effectivement à la démarche que décrit Alvesson (2003: 177) selon laquelle, la familiarité avec le contexte constitue un point de départ empirique. En d'autres termes et en paraphrasant l'auteur : « *Je n'ai pas trouvé le matériel empirique, c'est lui qui m'a trouvée* ». La recherche menée s'est donc

concentrée sur la compréhension du processus d'élaboration du code, un questionnement distinct de celui lié à l'impact de ce code sur les politiques nationales.

A partir de ce moment, il est apparu essentiel d'être en mesure de créer une rupture avec le tenu pour acquis (*taken for grantedness*) lié au domaine étudié, de prendre conscience des présupposés partagés par les chercheurs et les sujets de la recherche et d'être en mesure de les aborder avec une certaine distance (2003: 176). Pour ce faire, Alvesson propose différentes pistes permettant de rompre avec la familiarité de l'objet étudié-et d'en extraire de fructueuses interprétations (2003: 185-186). Premièrement, il suggère de cultiver une forme d'(auto)ironie afin de créer une distance avec les argumentations tenues. Une telle attitude, qui pourrait selon nous d'ailleurs être rapportée à un « scepticisme méthodologique », nous a certainement permis d'être plus facilement interpellée par le caractère consensuel de certains discours. Alvesson propose également de mobiliser différentes théories allant à l'encontre du sens commun afin de permettre une mise en perspective plus globale des phénomènes. Dans le même ordre d'idée, il suggère de construire un répertoire interprétatif suffisamment large afin de lire le matériel empirique de diverses manières. Lors de notre analyse, nous nous sommes ainsi efforcée de multiplier les perspectives théoriques afin de mettre en évidence les principes fondant les discours tenus et implicitement, ceux auxquels ces discours s'opposent. Et afin de mieux saisir la rationalité des recommandations débattues dans le cadre du processus d'élaboration du code de pratique, nous avons également procédé par analogie, cherchant à enrichir notre interprétation des analyses existantes dans d'autres domaines de recherche. Par exemple, le modèle de l'effet domino décrivant les migrations internationales des personnels de santé est mis en parallèle avec l'effet domino tel que décrit dans le champ des relations internationales ou de l'économie, et la question de l'autosuffisance en personnels de santé est comparée à celle de l'autosuffisance alimentaire.

2.2 Le positionnement disciplinaire

L'histoire de cette recherche et le contexte particulier dans lequel celle-ci a été menée a non seulement influencé le type de questionnement ayant émergé en lien avec le code de pratique de l'OMS, mais également le positionnement disciplinaire adopté. En effet, prenant pour point de départ un objet d'étude particulier et partant d'un « étonnement » quant à ses caractéristiques, notre questionnement s'est plutôt articulé autour de la compréhension de la manière dont s'était construit le code de pratique.

Notre objet d'étude n'a donc pas été délimité selon des contours propres à une discipline mais selon un type de questionnement qui nous a orientée de façon inéluctable vers des théories de type constructiviste et post-structuraliste. Or, en tant qu'approche théorique, le constructivisme, tout

comme le post-structuralisme, n'est pas l'apanage d'une seule discipline. Ainsi, les auteurs que nous avons mobilisé, qu'ils proviennent de la sociologie, des sciences politiques ou des relations internationales, partagent dans une large mesure des aspirations scientifiques proches et recourent à des concepts qu'il est relativement aisé de mettre en corrélation. Le caractère interdisciplinaire de cette recherche tient donc en premier lieu de l'interdisciplinarité inhérente à l'orientation théorique choisie.

De plus, au vu du phénomène principal ayant retenu notre attention, soit l'appel à ce que les pays de destination des personnels de santé migrants prennent en considération l'intérêt des populations des pays d'origine, la mobilisation de concepts issus de l'approche philosophique s'est également avérée indispensable. A cet égard, c'est donc bien la façon dont notre objet d'étude a été problématisé, en cherchant à complexifier le raisonnement, qui a rendu essentielle la démarche interdisciplinaire (Bühler, Cavaillé et al. 2006: 393). Par conséquent, si une identité disciplinaire doit être attribuée à cette recherche de thèse, c'est avant tout celle des sciences sociales.

Au vu de ce qui précède, il peut alors paraître surprenant, voire inadéquat de défendre cette recherche dans le domaine de la géographie. Pourtant, nous souhaitons au contraire revendiquer une telle appartenance disciplinaire. Aujourd'hui, le géographe mobilise autant les méthodes de l'anthropologie qu'il s'appuie sur des théories issues de l'économie afin d'analyser des objets d'étude considérés comme typiquement sociologiques, à tel point qu'a émergé la question de la spécificité de la discipline géographique. Ne souhaitant pas nous engager dans un débat appelant des développements qu'il serait inopportun de fournir ici, nous nous contenterons de rappeler que la géographie renvoie, de façon fondamentale, à la dimension spatiale des sociétés.

En ce sens, notre objet d'étude nous est paru éminemment géographique. Celui-ci est en effet en premier lieu centré sur la question des migrations internationales des personnels de santé. Or le tournant circulatoire (Cresswell 2006; Urry 2007) qui a animé les sciences sociales ces dernières années s'est également manifesté dans le domaine de la géographie qui s'intéresse désormais tant aux lieux et localisations qu'aux flux et circulations. Sous le regard du géographe, ces migrations constituent ainsi premièrement un déplacement dans l'espace appelé à être défini, et dont les causes, individuelles et collectives, sont à dégager. Deuxièmement, ces mouvements peuvent être considérés comme modifiant l'espace physique et social des pays ou régions de départ et d'arrivée, amenant par exemple le chercheur à s'intéresser à la relation entre migrations et marché du travail. Troisièmement, les migrations des personnels de santé mettent en rapport les espaces des pays d'origine et de destination. L'émergence du code de pratique apparaît alors comme une forme de relation politique mondialisée découlant de ces mouvements. Et quatrièmement, les migrations constituent des indicateurs des inégalités spatiales et, en ce sens, soulèvent notamment des questions de justice spatiale. Inscrite dans une perspective constructiviste, cette thèse ne cherchera pas à directement répondre à ces questions. Mais pour le géographe également, l'espace et les flux qui s'y déroulent sont objets de représentations sociales. Les compétences géographiques permettent alors une analyse

critique et distanciée de la manière dont ces mouvements sont analysés et gérés par différents types d'acteurs.

Par ailleurs, le code de pratique se présente comme un objet d'étude d'un grand intérêt pour la géographie politique. La discipline s'intéresse de façon générale aux imbrications entre pouvoirs et espaces. Or, l'espace politique des États-nations se voit en premier lieu altéré par les migrations internationales des personnels de santé. Le code de pratique se situe alors à l'interface entre les différentes échelles du pouvoir que sont en premier lieu les États et les organisations intergouvernementales ; mais il résulte également de l'intervention de réseaux transnationaux de la société civile, lesquels transcendent les frontières nationales. Le code de pratique incarne ainsi une forme particulièrement complexe d'enchevêtrement entre les différentes échelles spatiales et de pouvoir.

Notre travail ne doit donc certainement pas être considéré comme étant de type exclusivement géographique dans le sens où il viserait à contribuer à un débat théorique initié au sein de cette discipline et lui étant propre. Nous admettons le caractère quelque peu atypique de notre recherche dans le champ de la géographie, mais espérons en fait contribuer au renouvellement de cette discipline en avançant de nouvelles thèses quant à la façon dont est représenté et géré l'espace des flux migratoires.

2.3 Techniques d'enquête

En ce qui concerne la récolte de données et leur compte-rendu au sein de cette recherche, la position de *self ethnographer* a toutefois été utilisée avec une grande prudence. De manière générale, trois types de techniques d'enquête ont été principalement utilisées : l'observation, l'analyse documentaire et l'entretien.

Une grande prudence a particulièrement été de mise en ce qui concerne le compte-rendu des observations faites dans le cadre de la participation directe au processus d'élaboration du code. D'une part, si les discussions informelles tenues dans les couloirs des réunions ou les échanges avec les collègues de l'OFSP ou de l'OMS ont été riches en informations, les interlocuteurs s'adressaient le plus souvent en premier lieu à une représentante du gouvernement suisse, et n'avaient pas nécessairement connaissance de l'activité de recherche menée parallèlement. Une utilisation restreinte des données récoltées par ce biais répond donc en premier lieu à un souci de confidentialité des sources. D'autre part, si la prise de notes nous a permis de consigner les observations faites, celles-ci se sont parfois avérées incomplètes du fait que l'attention principale était focalisée sur la dimension participative plutôt que sur l'analyse de la situation. Certaines notes n'ont ainsi pas pu être utilisées comme matériel empirique en raison de leur qualité insuffisante. Ayant constaté que la grande majorité

des informations obtenues au moyen de l'observation pouvait être retrouvée dans la documentation préparée, récoltée et mise à disposition par l'OMS ou d'autres acteurs clés du processus, nous avons alors pris le parti, dans la mesure du possible, d'illustrer nos propos au moyen de sources écrites comprenant principalement des rapports, des prises de positions ou compte-rendu de discussions. Une telle démarche a d'ailleurs été facilitée par le fait qu'une grande transparence a régi le processus d'élaboration du code de l'OMS. Celle-ci a pu être constatée en comparant la faible différence entre les documents auxquels nous avons pu avoir accès en tant que participante et les documents mis à disposition du public. Ainsi, si certaines observations et analyses ont pu être déduites de conversations confidentielles ou de la lecture de documents internes, nous nous sommes efforcée de nous appuyer sur des sources ouvertes. Le choix de se baser sur des sources écrites a également permis de rendre compte de façon plus fidèle des propos tenus. Aussi, il est important de souligner que l'information extraite du corpus de textes dont nous disposons a été choisie, non seulement sur la base de l'analyse documentaire effectuée, mais également de ce qui a pu être directement observé. Toutefois, certaines informations considérées comme pertinentes et non-sensibles n'apparaissaient pas dans des documents écrits. Dans ce cas, nous avons choisi d'en rendre compte en signalant en fin de phrase le statut de ces données par le sigle « OP » mis entre parenthèses, indiquant qu'il s'agit d'observations personnelles. Dans certains cas, le caractère sensible ou confidentiel de certaines informations a clairement été indiqué. Ce cas de figure s'est notamment présenté lorsqu'il était question des stratégies de pouvoir et de légitimation des différentes organisations étudiées. Il a parfois pu être rendu compte de ces phénomènes en mobilisant différentes sources. D'autres informations ont toutefois dû être tuées mais celles-ci ne mettaient pas en cause les résultats et conclusions de notre recherche.

En ce qui concerne l'analyse documentaire, un corpus de textes a été assemblé (voir Annexes). Les premiers textes sélectionnés correspondent à l'ensemble des documents conçus à l'intention des représentants gouvernementaux participant à l'élaboration du code et constituent ainsi une source primaire d'informations. Ensuite, en cherchant les références à d'autres textes présentes dans ces documents, nous avons pu compléter notre corpus. On peut parler ici de relations d'intertextualité, cette notion faisant référence à l'idée selon laquelle « *les textes se construisent avec d'autres textes, qu'ils les incorporent, y répondent, les accentuent et les retravaillent, révélant l'historicité inhérente aux textes et leur contribution aux processus de changement culturel et social* » (Fairclough in Peyroux 2012: 74). A l'instar de Peyroux, nous ne nous sommes intéressée qu'à l'intertextualité manifeste se révélant par des références explicites à un sujet, un acteur ou un évènement, par allusion, ou par le transfert d'arguments principaux d'un texte à l'autre (id). Lorsque cela s'est avéré pertinent, nous avons poursuivi la recherche de relation d'intertextualité, au-delà des premiers textes sélectionnés, créant de la sorte une « chaîne intertextuelle ». Cette manière de procéder a ainsi permis de répondre à différents objectifs de recherche, tels que la reconstitution de la généalogie (« à la Foucault ») du discours mondial sur les migrations internationales des personnels de santé, la mise en

évidence de la manière dont le sujet a été problématisé politiquement, sur la base des concepts de récit politique (Boswell, Geddes et al. 2011) ou d'histoire causale (Stone 1989), l'identification des acteurs engagés dans la formulation de ce discours global (ce que Schmidt et Radaelli (2004) nomment *élite-tracing*) ou la conduite d'une analyse de contenu plus axée sur la mise en lumière de thèmes particuliers ainsi que sur les présupposés idéologiques implicites qui y sont liés (Fairclough 2003). Certains documents auxquels nous avons eu accès n'ont pas été mis à la disposition du public. Dans la mesure où leur contenu était conforme au discours tenu dans d'autres textes, nous avons fait le choix d'utiliser ces ressources. C'est notamment le cas de certaines prises de position du Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration. De manière générale, aucun décalage important n'a été constaté entre les discours tenus dans les différents types de documents.

Finalement, un nombre restreint d'entretiens d'experts a également été mené. Ces entretiens ont été principalement utilisés afin de mieux reconstituer le processus d'élaboration du code ainsi que d'enrichir l'analyse des différents points de vue en présence, des enjeux ainsi que des relations entretenues par les différents acteurs (Quivy and Van Campenhoudt 2006: 175). Pour ce faire, un guide d'entretien de type semi-directif, adapté au profil de chaque interlocuteur, a permis d'orienter les discussions. Les interlocuteurs ont été choisis en fonction de leur degré d'expertise ou d'implication dans le développement du code de pratique. La plupart du temps, la prise de contact a été faite dans un contexte professionnel. Lors de l'introduction de l'entretien, il était donc primordial d'expliquer que la rencontre était organisée dans un contexte de recherche et non de collaboration avec l'administration suisse. Pour certains entretiens, cette ligne de conduite a pu être complètement appliquée. Dans d'autres cas, il est arrivé que s'opère un « changement de casquette » durant la discussion. Un tel changement de statut et de ton au cours de la rencontre a pu s'avérer enrichissant en termes d'informations récoltées et a d'ailleurs effectivement contribué, dans certains cas, à une meilleure collaboration entre les autorités suisses et les interlocuteurs rencontrés. Mais ce faisant, les propos des personnes rencontrées se sont certainement vus biaisés, du moins dans une certaine mesure. C'est donc avec une grande prudence que les résultats d'entretiens ont été utilisés dans le cadre de cette recherche.

2.4 Plan détaillé de la recherche

Finalement, le plan détaillé de la recherche est passé en revue, présentant différents apports théorique apparus comme pertinents dans le cadre de notre recherche et explicitant la manière dont ceux-ci sont mobilisés afin d'analyser les résultats obtenus. Entamant notre réflexion sur la base du constat que les théories classiques des relations internationales ne permettent pas de rendre compte de l'émergence d'un instrument tel que le code de pratique, de type mondial mais volontaire et dont les recommandations sont axées sur l'intérêt des populations des pays d'origine, nous nous orientons vers le concept de paradoxe libéral tel que formulée par Hollifield (1992), Initialement conçu afin de

décrire l'extension des droits des migrants dans un contexte politique de fermeture vis-à-vis de l'immigration, le concept de paradoxe libéral semble en effet pouvoir être appliqué au code de pratique, d'une part en l'appliquant à tout non-citoyen, c'est-à-dire non seulement aux migrants, mais aussi aux populations de leur pays d'origine et d'autre part, en envisageant toute politique considérée comme étant en lien avec le phénomène migratoire, au-delà des politiques migratoires au sens strict. Si la littérature évoque différentes sources de la contrainte libérale (les mouvements sociaux, les institutions domestiques (judiciaires ou administratives) et le système international), nous rejoignons toutefois l'argument de Boswell pour qui la contrainte libérale n'agirait que dans la mesure où celle-ci fait écho aux intérêts de l'État, soulevant la question de la façon dont ces intérêts se définissent et se construisent en premier lieu.

Cette perspective nous amène à adopter une double posture constructiviste et post-structuraliste axée sur le discours dont trois composantes ontologiques distinctes sont examinées. Premièrement, le discours est abordé en tant que mode d'interaction, mettant l'accent sur les individus ou groupes engagés dans la formulation d'un discours politique. Le concept de communauté épistémique est alors développé, posant l'hypothèse qu'un tel groupement, uni par le partage d'idées normatives et cognitives, est effectivement susceptible d'être repéré dans l'élaboration du code de pratique. Afin d'aborder le rôle des idées dans la (re)construction des intérêts et des valeurs, le discours est deuxièmement abordé du point de vue de sa substance. Une hypothèse sous-jacente est que le type de connaissance développé en lien avec les migrations des personnels de santé va influencer la manière dont le consensus va se forger dans l'élaboration du code de pratique. La connaissance est ici associée à une forme de récit politique ou de théorie causale : le concept de récit politique suggère que les recommandations politiques formulées au sein du code peuvent être considérées comme découlant d'une conception spécifique des causes et conséquences des mouvements transnationaux de personnels de santé alors que celui de théorie causale questionne également le caractère intentionnel des pratiques. Le lien est par ailleurs établi avec l'idée de communauté épistémique puisqu'un même rapport à la connaissance en constitue une caractéristique essentielle. Troisièmement, le discours est envisagé comme un facteur structurant. Selon cette perspective, des prédispositions idéelles ou rationalités politiques préexistantes constitueraient des conditions structurelles conditionnant la pensée et œuvrant à la reproduction institutionnelle des sociétés. En découle une troisième hypothèse selon laquelle le code serait un révélateur de rationalités politiques dominantes.

Le cadre théorique est ensuite complété par la présentation du cadre d'analyse. Afin de pouvoir caractériser le discours sur les migrations internationales des personnels de santé d'un point de vue éthique, nous développons premièrement les concepts dichotomiques de nationalisme et de cosmopolitisme. C'est en effet précisément à travers le prisme de ces deux postures que la position morale vis-à-vis des non-citoyens peut être analysée. Par un passage en revue de la littérature

s'inscrivant dans le domaine de la philosophie politique et portant sur le thème des migrations internationales, les différents arguments éthiques susceptibles d'intervenir dans le débat sur les migrations internationales des personnels de santé sont passés en revue. Ceux-ci concernent principalement les principes de liberté de migrer ou de justice distributive.

Le cadre d'analyse lié au concept de gouvernementalité est ensuite présenté, nous permettant de discuter des spécificités du code du point de vue de sa forme, c'est-à-dire en lien avec son adoption unanime par les gouvernements tout en restant un instrument non contraignant. Initialement développé par Foucault, le concept de gouvernementalité nous permet d'appréhender la reconfiguration du pouvoir politique entre différents types d'autorités. La plupart du temps, ce concept a été mobilisé afin de rendre compte des formes spécifiques d'exercice du pouvoir dans le contexte de (néo)libéralisme économique. Il est néanmoins entendu que selon le type de rationalité politique sur laquelle la gouvernementalité se fonde, des formes alternatives d'exercice du pouvoir peuvent être envisagées. Les deux cadres d'analyse évoqués peuvent donc a priori être distingués selon qu'ils se concentrent sur le fond ou sur la forme du code. Dans les faits, ces deux dimensions peuvent toutefois être envisagées conjointement.

Le travail se poursuit avec la présentation des résultats. Cette partie descriptive vise premièrement à rendre compte du processus d'élaboration du code de pratique. Plusieurs développements peuvent être considérés comme ayant concouru à la mise sur l'agenda politique de l'OMS du code de pratique. L'émergence du code doit ainsi être située dans le contexte de suivi des objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé. Cet instrument répond également à une prise de conscience croissante d'une pénurie mondiale en personnels de santé, telle que rapportée dans la documentation produite par diverses organisations internationales. Par ailleurs, l'idée d'un code de pratique mondial fait suite aux initiatives prises de façons bi- ou multilatérale visant à procurer des principes éthiques au recrutement international de personnels de santé. Ces différentes pistes généalogiques peuvent être repérées à travers les références intertextuelles présentes dans la documentation préparée par l'OMS en lien avec le code de pratique. Elles apparaissent également en retraçant le parcours des acteurs ayant participé au processus de son élaboration.

A partir de la première suggestion faite en 2004 d'élaborer un code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé au sein de l'OMS, le récit de l'histoire du code suit alors ses vicissitudes, faisant état des différents soutiens apportés et résistances rencontrées. Il apparaît qu'à partir de 2008, la volonté de mener à son terme l'élaboration du code s'est vue affirmée, initiant un processus de consultations auxquelles participa une large gamme d'acteurs ainsi que de négociation entre les États membres, conduisant à l'adoption unanime du code en mai 2010.

Nous nous intéressons alors à l'évolution dont a fait l'objet le contenu substantif du code au cours de ce processus. Trois thématiques sont passées en revue : les demandes de compensations que

les pays d'origine réclament aux pays de destination, l'autosuffisance en personnels de santé comme objectif à atteindre pour les différents pays d'origine et de destination et le principe de limitation du recrutement actif dans les pays en pénurie. Afin de saisir la manière dont les discours et argumentations défendus par les différents acteurs en jeu pour chacun de ces thèmes se sont construits et ont évolué, nous nous appuyons principalement sur les procès-verbaux de réunions internationales ainsi que sur les prises de positions communiquées et rendues publiques par leurs auteurs. L'analyse de contenu menée nous permet ainsi de recenser les différents principes formulés en lien avec ces trois thématiques et d'en identifier les principaux partisans et opposants, de saisir les glissements sémantiques opérés et leurs implications politiques et de finalement voir quelles recommandations se sont imposées ou effacées. Si initialement, les demandes de compensation constituaient la demande principale formulée par les pays d'origine, il apparaît ainsi que le code de pratique s'est finalement concentré sur les mesures liées à l'autosuffisance ainsi qu'à la limitation du recrutement actif.

La partie suivante constitue une application de la perspective théorique et des différents cadres analytiques retenus à l'objet d'étude qu'est le code de pratique de l'OMS. Ayant rapporté à une forme de contrainte libérale l'appel incarné par le code à ce que les pays de destination prennent en considération les intérêts des citoyens des pays d'origine, nous avons vu qu'une approche centrée sur le discours permettait de mettre en lumière les mécanismes par lesquels les États reconceptualisent leurs identité et intérêts, les conduisant, dans le cas qui nous intéresse, à adopter de façon unanime un instrument ne correspondant pas la défense de leurs intérêts tels qu'envisagés *a priori*. Le code de pratique de l'OMS, en tant qu'instrument de prescriptions normatives, est alors susceptible d'être envisagé tant comme l'incarnation d'un changement que d'une continuité discursive. Il s'agit donc de saisir les moteurs d'un tel changement institutionnel axé sur le discours ou au contraire, d'une perpétuation institutionnelle. Afin de répondre à ce questionnement, trois thèses principales sont avancées, lesquelles sont appuyées sur trois études de cas.

Notre analyse se concentre premièrement sur les acteurs ayant promu un discours particulièrement sensible aux intérêts des pays d'origine des personnels de santé migrants. Par hypothèse, nous abordons ces acteurs comme appartenant à une même communauté épistémique œuvrant à la défense de principes normatifs communs en faisant valoir une conception épistémologique particulière des phénomènes auprès des décideurs politiques. L'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé apparaît comme le noyau de la communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé puisqu'elle en constitue une forme institutionnalisée. Par extension, d'autres acteurs peuvent être associés à un tel groupement. Les exemples de la Norvège et des Pays-Bas nous révèlent que l'engagement d'une autorité nationale en faveur des principes promus par une communauté épistémique dépend dans une large mesure de la nature des relations qu'entretiennent agents gouvernementaux et membres de la

communauté. Dans les premiers temps, cette communauté épistémique a été particulièrement active dans la promotion du principe d'un code de pratique. Ensuite, c'est surtout son rôle interprétatif, guidant les gouvernements quant à l'orientation qui devrait être donnée aux principes du code qui s'est avéré critique. L'hypothèse selon laquelle une communauté épistémique aurait influencé l'existence ainsi que le contenu du code de pratique, participant ainsi à un changement institutionnel est donc confirmée.

La seconde partie de l'analyse porte sur les types de connaissances mobilisés par les acteurs du débat sur les migrations internationales des personnels de santé, abordant ici le discours dans sa dimension idéelle. Les deux principaux modèles explicatifs et descriptifs développés en lien avec les migrations internationales des personnels de santé sont passés en revue et analysés en fonction du récit politique auquel ils renvoient. Il apparaît que dans les premiers temps, ce phénomène migratoire était principalement appréhendé à travers le modèle *push-pull*. En mettant l'accent sur les motivations individuelles à migrer définies sur la base de l'appartenance professionnelle, ce modèle suggérait que les mesures politiques soient concentrées sur les pays d'origine en visant une amélioration des conditions de travail. Appuyé par sa représentation cartographique, le modèle de l'effet domino s'est ensuite imposé, proposant une conception mondialisée et hiérarchisée des migrations internationales des personnels de santé. Suggérant que la cause de la pénurie mondiale en personnels de santé est fondamentalement à chercher dans le manque structurel de personnels de santé dans les pays de destination et que ceux-ci devraient viser l'autosuffisance en personnels de santé, le récit politique que véhicule l'effet domino opère ainsi un déplacement des suggestions de mesures politiques des pays d'origine vers les pays de destination. En raison de sa puissance objectivante, le recours à l'outil cartographique semble contribuer de façon essentielle à la force du modèle de l'effet domino. Au vu de ces résultats, l'hypothèse selon laquelle l'apport de nouvelles connaissances ou le développement de nouvelles façons d'appréhender le phénomène des migrations internationales des personnels de santé peut constituer un moteur du changement institutionnel et donc influencer le code de pratique se voit également confirmée.

Finalement, nous discutons plus en détails les rationalités politiques, propres aux principes de compensation, d'autosuffisance et de limitation du recrutement actif en nous concentrant sur leurs fondements politiques, philosophiques et moraux, les conceptions sous-jacentes de ce qui est désirable et de ce qui ne l'est pas. Au-delà de ses implications financières, le principe de compensations apparaît comme inacceptable pour les pays de destination dans la mesure où il suggère que ceux-ci ont commis une faute, contestant implicitement les principes du libéralisme économique. Par analogie avec l'autosuffisance dans le domaine alimentaire, l'autosuffisance en personnels de santé est discutée selon ses dimensions humanitaires et d'ouverture économique et politique. Il apparaît également que ce n'est que lorsqu'il a été pensé à une échelle mondiale, autorisant la circulation internationale des personnels de santé, que le principe d'autosuffisance a réussi à faire consensus. Finalement, c'est l'argumentation

justifiant le principe de limitation du recrutement actif est analysée. Ce principe exprime en fait la mise en tension du droit à la santé et de la liberté de migrer et constitue une forme de compromis dans la mesure où il ne s'étend pas à une limitation du recrutement dit passif. Ce faisant, les discours sur les migrations internationales des personnels de santé ont contribué à élargir la conception de la liberté de migrer en l'assimilant au droit d'améliorer sa condition de vie.

En observant de quelle manière le discours s'est fixé sous la forme du code de pratique, il sera alors possible de voir dans quelle mesure une ou plusieurs rationalités dominantes se sont imposées, indiquant la prégnance de prédispositions idéelles structurant le discours et/ou si par leurs capacités discursives, les acteurs ont articulé plusieurs rationalités politiques, entraînant un changement discursif. L'analyse en termes de rationalité politique s'avère par ailleurs intéressante car elle établit un lien avec les formes d'exercice du pouvoir qu'incarne le code. Le concept de gouvernementalité permet alors de rendre compte de la manière dont la distribution des tâches et actions entre différents types d'autorité prévus par le code constitue en fait le reflet de l'articulation entre des rationalités politiques diverses.

Plus précisément, nous allons nous intéresser aux justifications morales des principes débattus au sein du code, soit les conceptions du bien et du mal, de ce qui est désirable et de ce qui ne l'est pas. Ce faisant, l'étude des rationalités politiques du code se présentera comme une analyse à trois niveaux. Premièrement, le processus d'élaboration du code de pratique apparaît comme un révélateur des multiples rationalités politiques en concurrence dans le champ des politiques internationales. De manière générale, les principes du libéralisme économique sont mis en perspective avec ceux du libéralisme politique (libertés -et droits- de l'individu). Mais au sein même de ces deux composantes de la philosophie libérale, il apparaît que différents principes, tels celui de droit à la santé et de liberté de migrer, sont susceptibles d'entrer en concurrence les uns avec les autres. En tant qu'instrument adopté à l'unanimité, le code permet alors d'identifier quelle(s) rationalité(s) politique(s) s'est(se sont) finalement avérée(s) dominante(s). Deuxièmement, ces rationalités politiques, assimilées à des prédispositions idéelles structurant le discours, peuvent être considérées comme des facteurs expliquant la forme finale qu'a revêtit le code puisqu'elles rendent possible l'adoption de certains principes et à l'inverse, s'opposent à l'acceptation d'autres principes. Troisièmement, il apparaît que les débats ayant animés le processus d'élaboration du code peuvent également être considérés comme ayant, dans une certaine mesure, participé à une redéfinition de ces rationalités politiques. En transformant les prédispositions idéelles en lien avec les questions de migrations internationales des personnels de santé, certains discours contribueraient alors à un changement institutionnel.

Le code de pratique est également étudié du point de vue du type de gouvernementalité que celui-ci véhicule, soit la manière dont le pouvoir et l'autorité se voient redistribués entre différents types d'acteurs à travers un instrument mondial et non-contraignant. Bien qu'une telle analyse témoigne d'un glissement de l'intérêt du fond vers la forme du code, ces deux dimensions s'avèrent

en fait intimement liées. En effet, selon les termes de Foucault, c'est à travers les technologies du gouvernement (le code) que les rationalités politiques se matérialisent dans des pratiques politiques concrètes. Comme nous le verrons, le type de gouvernementalité qu'incarne le code constitue en fait le reflet de la manière dont les différentes rationalités politiques passées en revue se sont articulées et hiérarchisées et dont les contradictions ont été gérées.

En conclusion, nous revenons sur l'idée de paradoxe libérale avancée par Hollifield et discutons la manière dont le principe de libéralisme politique se voit étendu, dans le cas du code de pratique de l'OMS, non pas (uniquement) aux personnes migrantes, mais également aux citoyens des pays d'origine de ces migrants. Ce développement est associé à une forme de cosmopolitisation des politiques publiques.

CADRE THÉORIQUE

En formulant nos sous-questions de recherche, nous avons ainsi choisi de questionner le code de pratique du point de vue, d'une part, de ses fondements éthiques et d'autre part, en tant qu'instrument de coopération internationale. Dans un premier temps, nous allons examiner les champs théoriques abordant chacune de ces deux sous-questions⁴. Nous nous intéresserons ainsi d'une part, aux théories des relations internationales ainsi qu'à la *world polity theory*, lesquelles permettent de discuter de manière générale les pratiques de coopération internationale. D'autre part, les débats en sciences politiques sur l'origine de la contrainte libérale fournissent une base de discussion concernant la façon dont des facteurs éthiques interviennent dans le discours fondant l'élaboration des politiques publiques.

Face aux limites observées des théories présentées, nous verrons dans un deuxième temps qu'une approche centrée sur le discours permet de couvrir ensemble ces deux questionnements et offre un appareillage théorique correspondant plus spécifiquement au niveau d'analyse auquel se situent nos questions de recherche. Nous présenterons l'approche du néo-institutionnalisme discursif, laquelle souligne « *l'importance des idées et du discours dans les « micro-dynamiques » du changement politique* » (Schmidt and Crespy 2010: 351) que nous compléterons en étendant la conception du discours à une perspective inspirée du poststructuralisme, selon laquelle le changement politique s'opère dans un système plus général de pensée le rendant possible, mais un système de pensée qui est-lui-même construit par le discours des acteurs.

3. GLOBALISATION POLITIQUE ET ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

3.1 Théories des relations internationales

Interrogeant un phénomène de globalisation politique, nous abordons premièrement les aspects d'organisation institutionnelle et de répartition des pouvoirs. Du point de vue des théories des relations internationales, une lecture en termes réalistes ne permet a priori pas de rendre compte du code de pratique de l'OMS. En effet, selon une telle perspective, l'État est principalement mu par l'intérêt d'accroître sa puissance politique et militaire. La coopération interétatique n'est pas exclue mais elle se limite à des alliances stratégiques temporaires. De plus, l'État souverain constituant l'unité

⁴ A des fins de clarté, nous dissociions les questionnements théoriques liés aux deux problématiques. Nous reconnaissons toutefois que les thématiques abordées sont dans une large mesure transversales aux champs théoriques abordés.

d'analyse essentielle, le rôle des autres acteurs de la société internationale n'est guère envisagé. De manière générale, la nature du code de pratique de l'OMS, qui se présente comme un instrument de portée globale développé au sein d'une organisation intergouvernementale, nous amène donc à rejeter une interprétation générale de type réaliste. Néanmoins, le code de pratique de l'OMS ne peut certainement pas être considéré comme exempt d'enjeux de pouvoir étant donné les ressources et potentiels d'influence inégaux des différentes parties (États, OIG, ONG) ayant concouru à son élaboration. Le caractère non contraignant du Code en affaiblit d'ailleurs passablement la force prescriptive et suggère l'existence de points de dissension entre les États. Si la perspective réaliste ne permet donc pas d'expliquer l'émergence du Code de pratique de l'OMS en tant qu'instrument de gestion mondiale des migrations internationales des personnels de santé, elle devrait néanmoins être mobilisée afin de comprendre certaines lignes de conduites adoptées par les États ayant négocié les principes du Code ainsi que ses modalités de mise en œuvre.

L'approche libérale ouvre alors des voies de réflexion utiles, particulièrement autour du concept de coopération. L'argument central consiste à affirmer que la coopération entre les États serait rendue possible et nécessaire par l'extension de la démocratie et du capitalisme : possible car la démocratie, en tant que régime politique accordant la primauté aux libertés individuelles plutôt qu'aux droits collectifs de la nation, procurerait des fondements normatifs communs; et nécessaire car le capitalisme, par ailleurs également basé sur les libertés individuelles, rendrait les États interdépendants par l'expansion du marché et des échanges internationaux (Ethier 2006: 34-38). L'approche libérale se distingue également en considérant le rôle des organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales, amenées à contribuer au règlement des conflits et au renforcement de la coopération entre États. On peut effectivement considérer que l'émergence (ou l'intensification) d'un marché du travail globalisé dans le secteur de la santé au sein duquel circulent les personnels de santé crée une forme d'interdépendance entre les États engagés. L'approche libérale peine toutefois à expliquer des situations où la coopération se développe au profit d'un nombre restreint d'États, surtout s'il s'agit de pays en développement que l'on considère habituellement comme occupant une position de faiblesse dans le jeu des relations internationales. Le principe d'un code de pratique non-contraignant apparaît comme d'autant plus atypique qu'il ne semble pas correspondre aux tendances observées concernant la gouvernance mondiale des migrations. En effet, s'il est admis que celle-ci se réalise en fait à différents niveaux de gouvernance plus ou moins formellement institutionnalisés selon le type de flux migratoire (Betts 2008: 6), il apparaît que les migrations de travailleurs hautement qualifiés sont habituellement plutôt régulées dans le cadre d'accords commerciaux mondiaux, lesquels promeuvent leur libéralisation (Lavenex 2007).

En fait, la difficulté à qualifier et expliquer l'émergence d'un instrument du type du code de pratique de l'OMS peut sans doute être mise en lien avec l'idée qu'en matière de politiques internationales, la seule alternative à un système d'États-nations souverains serait celle d'un

gouvernement global. Or, un instrument strictement volontaire ne semble pas avoir de sens dans un système où les États nations seraient absolument souverains, libres et indépendants. A l'inverse, si le code de pratique de l'OMS était l'émanation d'un gouvernement mondial centralisé effectivement doté de prérogatives, celui-ci comporterait vraisemblablement des dispositions permettant de contraindre les États à l'appliquer. De manière générale, le cas du code de pratique de l'OMS est donc emblématique de tout questionnement en lien avec les *soft* institutions.

Afin de saisir la logique qui sous-tend un code de pratique non-contraignant, sa rationalité politique, nous estimons qu'il est nécessaire d'aller au-delà de l'alternative opposant souveraineté des États et gouvernement mondial. Selon nous, la conception de la société mondiale (*world society*) présentée par la *world polity theory* offre cette troisième voie. Nous exposons ci-après quelques principes essentiels de cette approche et voyons quelle interprétation celle-ci offre du code de pratique de l'OMS. Nous concluons cette section en suggérant des apports théoriques complémentaires afin de répondre à notre questionnement.

3.2 World Polity Theory : Une théorie du politique à l'échelle mondiale

La *world polity theory* résulte de l'application du concept de culture mondiale à l'analyse des États-nations. Ici, le concept de culture ne se rapporte pas tant à l'idée de normes ou de valeurs partagées qu'à des modèles cognitifs définissant ce qu'est un État-nation, sa nature, ses objectifs, ses ressources, etc. (Meyer 1999: 123). Dès lors que ces modèles cognitifs sont construits et propagés à travers des processus globaux, on parle de construction culturelle exogène du modèle de l'État nation (Meyer, Boli et al. 1997). Ces fondements de la *world polity theory* la distinguent ainsi des approches traditionnelles des relations internationales. D'une part, le rôle donné à la culture y est central alors que dans les théories néoréalistes ou néolibérales, celle-ci n'est que peu présente, voire absente. D'autre part, l'accent est mis sur les processus culturels globaux plutôt que sur des systèmes culturels et d'interprétation nationaux comme c'est le cas avec des approches micro-phénoménologiques (1997: 147).

En tant que produit d'un modèle culturel global, les États-nations représenteraient ainsi la forme institutionnelle de l'idée selon laquelle chaque portion de la terre devrait être gouvernée par un seul gouvernement défendant les intérêts de sa population et agissant en son nom à travers l'exercice de sa souveraineté (Boli and Thomas 1997: 10). Les États-nations se trouvent donc être fortement légitimés en tant qu'unité d'action responsable des problèmes d'une société. Nous voyons que le caractère global du modèle culturel de la société mondiale n'implique en rien l'existence d'un acteur institutionnel dont les compétences et la légitimité correspondraient à celles des États-nations mais

dont l'autorité serait de portée mondiale. Au contraire, la société mondiale est précisément définie par son caractère apatride, soit l'absence d'acteur mondial centralisé.

La *world polity theory* conceptualise également le changement institutionnel. En l'absence d'autorité centrale et du fait que différents types d'acteurs sont considérés comme légitimes au sein de la société mondiale, il existe effectivement une marge de manœuvre pour l'innovation. A cet égard, plusieurs indications laissent envisager qu'un changement institutionnel puisse se produire autour de la question des migrations internationales des personnels de santé. Partant du principe que de nombreux États sont affectés par une pénurie (relative) en personnels de santé, une situation de rivalité interétatique est initiée. Or, en poursuivant des objectifs similaires requérant le même type de ressources, les États vont être amenés à entrer en concurrence les uns avec les autres et à élaborer des théories s'identifiant mutuellement comme à l'origine des maux sociaux (Meyer, Boli et al. 1997: 170). De plus, une dynamique de changement institutionnel est également générée par les incohérences et conflits inhérents à la culture mondiale (1997: 172). Ainsi, la valeur de liberté (de migrer) est susceptible d'être mise en contradiction avec la valeur de droit à la santé (des populations des pays d'origine des personnels de santé migrants).

Dans ce cadre, le code de pratique de l'OMS peut être envisagé comme un script mondial (*global script*), un modèle commun formulant des objectifs que les États sont appelés à viser et incarnant une certaine vision de l'identité étatique. Il constituerait à cet égard la formalisation de la solution politique permettant de résoudre les tensions régissant la culture mondiale. Il s'agit alors de voir quels sont les acteurs qui se voient légitimés en tant qu'unité d'action responsable par le code de pratique de l'OMS et quelle est la distribution des tâches et actions prévue entre les différents types d'autorités. De manière plus générale, c'est la question du modèle de répartition du pouvoir promu par le code de pratique de l'OMS qui est soulevée. Il est à rappeler que tant la procédure d'élaboration du code, laquelle définit les modalités de participation de chaque type d'acteur, que les prescriptions qui sont finalement formulées peuvent être considérées comme constitutives de ce script global.

Ainsi, la *world polity theory* présente l'intérêt de faire le lien entre la culture (*world culture*) et les institutions (*world society*) ainsi que de fournir un cadre général de compréhension au code de pratique de l'OMS. Toutefois, elle se situe à un niveau d'analyse tel qu'elle ne fournit pas l'appareillage conceptuel permettant de discuter en détails la façon dont les conflits de normes sont gérés et résolus. De plus, si le modèle de l'État-nation est bien présenté comme une construction culturelle, le changement institutionnel envisagé se concentre sur les normes et ne porte a priori pas sur une reconfiguration du pouvoir entre les autorités.

Afin de combler ces lacunes, nous allons nous appuyer sur le néo-institutionnalisme discursif, lequel met en avant « *l'importance des idées et du discours dans les « micro-dynamiques » du changement politique* » (Schmidt and Crespy 2010: 351). En conservant le discours comme fil

conducteur, nous compléterons notre appareillage théorique par des apports poststructuralistes permettant notamment de penser le changement institutionnel comme redistribution du pouvoir politique. Le code de pratique de l’OMS sera alors interprété comme le produit d’une reconstruction des intérêts et des valeurs des États initiée par l’apport d’idées nouvelles quant à la représentation du phénomène des migrations internationales des personnels de santé.

4. LES DIMENSIONS ÉTHIQUES DE LA GLOBALISATION POLITIQUE

4.1 La (ré)conciliation de l’éthique et des sciences sociales

Alors que nous allons à présent orienter notre réflexion dans le registre de l’éthique, il nous paraît important d’introduire cette section par un bref historique des relations entre éthique et sciences sociales et en particulier la géographique.

Smith (2000) a retracé l’histoire de la géographie à la lumière des intérêts pour les questions morales et éthiques qui ont occupé les chercheurs au cours du temps. Selon lui, l’éthique est par essence imbriquée dans la science (Proctor in Smith 2000: 1): “*Ethics is not so much something that should be added on to science as discovered within it*”. Dans le domaine de la géographie, bien qu’il existe des exemples de précurseurs s’étant intéressés dès les débuts de la discipline aux questions de justice sociale (on peut citer le cas du géographe anarchiste Elisée Reclus), il faut toutefois attendre les années 1970 et l’apparition de la géographie marxiste pour que, à travers l’attention portée aux inégalités mondiales persistantes et aux écarts de développement, naisse véritablement l’intérêt pour ce sujet. En abordant des thèmes tels que la criminalité, la santé ou la famine, jusqu’alors passablement négligés, les géographes ont alors mis les questions éthiques sur le devant de la scène. A l’époque, il restait cependant rare qu’il soit fait recours aux bases de la philosophie morale dans l’exercice géographique. Dans les années 1990, on assiste à un regain d’intérêt pour les questions de justice sociale en géographie (Black 1996: 65) et les dimensions éthiques sont à présent explicitement abordées. Smith observe qu’à l’instar de nombreuses autres disciplines en sciences sociales, un tournant moral est alors en train de s’opérer au sein de la géographie. Ce tournant se manifeste notamment par l’organisation de sessions sur le sujet lors de conférences, d’éditions spéciales de publications thématiques, par la création d’une revue abordant conjointement la géographie et l’éthique (*Ethics, Place and Environment*, lancée en 1998) et de manière générale, par une littérature croissante se situant à l’interface entre les deux disciplines.

Pour ce qui est de l’analyse politique, les questions éthiques ont par le passé été particulièrement évitées. Ce domaine était considéré comme rationnel et axé sur les résultats et l’analyse politique comme une activité neutre, technique et visant la résolution de problèmes. Il

semble à présent de plus en plus reconnu que les politiques sont en fait sous-tendues par des impératifs moraux correspondant à des principes éthiques spécifiques. Les questions normatives se trouvent en effet au cœur des politiques puisqu'elles posent la même question : qu'est-ce qui est bon et comment y arriver ? (Amy 1984; Kenny and Giacomini 2005: 248). Qui plus est, les faits qui informent les choix politiques sont eux-mêmes empreints de valeurs et d'idéologie. Aussi, et même s'il est rarement fait recours à cette méthode d'analyse dans ce champ de recherche, une analyse politique explicitement normative peut paraître essentielle à une compréhension approfondie des politiques (Kenny and Giacomini 2005: 249). Selon Bader (2005: 331), une telle démarche est particulièrement pertinente pour les politiques migratoires auxquelles sont liés des jugements normatifs hautement contestés et ce, même si les acteurs du débats sont généralement particulièrement réticents, voire incapables d'expliquer, de justifier et d'avoir une discussion critique sur les points éthiques qui sous-tendent leur argumentation (Ruhs and Chang 2004: 70). Quant au domaine de la santé publique, il concerne en fait des projets globaux d'amélioration de la qualité de vie des humains et est en ce sens essentiellement un projet éthique (Bourgeault 1998: 230).

Il apparaît ainsi important de distinguer l'intérêt porté à l'éthique en tant que sujet de préoccupation des chercheurs de l'éthique en tant que facteur contribuant à l'explication des phénomènes sociaux. C'est bien dans cette deuxième perspective que s'inscrit la recherche que nous menons. En discutant le concept de contrainte libérale, nous verrons alors qu'un questionnement axé sur les dimensions éthiques des politiques ne se satisfait pas des théories explicatives traditionnelles et nous amène à explorer non seulement les ressorts de l'argumentation politique mais aussi les rationalités politiques qui sous-tendent ces argumentations.

4.2 Comprendre le rôle de l'éthique à travers le concept de contrainte libérale

Après les aspects institutionnels et de reconfiguration du pouvoir politique, la seconde entrée que nous choisissons dans l'élaboration de notre cadre théorique concerne donc la prise en considération des intérêts des non-citoyens dans l'élaboration des politiques nationales. Nous avons vu en effet que le code de pratique de l'OMS se caractérisait tout particulièrement par son appel aux États membres à considérer les effets de leurs politiques sur les pays d'origine lorsqu'ils recrutent du personnel de santé à l'étranger.

En fait, les approches théoriques classiques abordant les politiques migratoires ne parviennent que difficilement à expliquer les mécanismes amenant les décideurs politiques à formuler des politiques tenant compte des intérêts des non-citoyens. Au contraire, elles reposent généralement sur une conception nationale des intérêts que l'État serait appelé à défendre ou pondérer. C'est par

exemple le cas des approches de politique intérieure, qui consistent principalement à mettre en perspective les intérêts des milieux économiques (favorables à l'immigration) et ceux des citoyens et des milieux nationalistes (défavorables à l'immigration). Ces deux types d'intérêts sont, certes, a priori antagonistes, mais tous deux se conçoivent effectivement à l'échelle nationale. Cette opposition entre l'ouverture voulue par la logique économique et les logiques politiques en faveur d'une fermeture a été décrite par Hollifield (2004) comme un paradoxe libéral. L'auteur voit là une contradiction inhérente au libéralisme sur lequel se fonde la philosophie politique et économique moderne (2004: 886). Cette tension entre intérêts divergents est d'autant plus appuyée que s'exercerait sur l'État une contrainte libérale œuvrant contre la tendance restrictive des politiques migratoires.

La plupart du temps, les théories énonçant une contrainte libérale désignent des mécanismes consistant à étendre les droits des migrants. En ce sens, la contrainte libérale se trouve au cœur du débat concernant la relation entre migration et État social. Selon Geddes (2003: 155), un second type de débat concerne toutefois le nexus « migration - État social ». Celui-ci a trait à l'impact de l'immigration sur l'État social. Selon la posture adoptée, les immigrants seraient considérés comme nuisant aux standards sociaux de la société d'accueil ou comme constituant un apport bénéfique. Selon Geddes (2003: 154), ce ne sont pas les mouvements migratoires qui influencent les politiques sociales mais l'inverse car ce sont bien les processus organisationnels, idéologiques et institutionnels œuvrant au sein de l'État social, lesquels relèvent principalement de pressions internes, qui vont jouer un rôle essentiel dans la définition des formes in/désirables de migration. S'il admet que les débats concernant l'État social peuvent devenir particulièrement intenses lorsqu'ils concernent les migrants, il ne conçoit pas que l'immigration en soit le moteur principal. Ceci étant, il nous paraît possible d'étendre le concept de contrainte libérale à deux égards : premièrement en l'appliquant à tout non-citoyen, c'est-à-dire non seulement aux migrants eux-mêmes, mais aussi aux populations de leur pays d'origine et deuxièmement, en observant ses effets sur toute politique en lien avec les migrations, c'est-à-dire non seulement les politiques migratoires *stricto sensu*, mais également les politiques sociales. Dès lors, une contrainte libérale est susceptible d'intervenir dans la façon dont le recours à des ressources domestiques et étrangères s'articule au sein d'un domaine d'activité particulier, en l'occurrence celui de la santé.

4.2.1 L'origine de la contrainte libérale

Dans la littérature, trois types de sources de la contrainte libérale sont distingués: les mouvements sociaux, les institutions domestiques (judiciaires ou administratives) et le système international (Boswell 2007: 79-87). Premièrement, les luttes individuelles, comme les groupes plus organisés, peuvent être considérés comme exerçant une contrainte libérale d'origine sociétale. C'est sur la base d'une conception universelle de la justice que ces acteurs sociétaux se mobiliseraient en faveur d'une extension des droits des migrants. Or, bien qu'une telle logique ne prévale pas

nécessairement dans la pratique, elle est tout à fait tenable et défendable au sein des démocraties modernes, lesquelles sont notamment fondées sur le principe d'égalité entre les êtres humains.

Selon un second jeu de théories, la contrainte libérale prendrait également son origine au sein des institutions domestiques, judiciaires ou administratives. Les processus judiciaires étant indépendants des pressions politiques, de nombreux auteurs (voir par exemple Joppke 1998; Hollifield 2000; Gibney 2001) les conçoivent en effet comme des moteurs d'inclusion pour les immigrants. Cette forme de contrainte libérale tirerait sa force du fait que l'indépendance du pouvoir judiciaire est essentielle à la légitimité des systèmes démocratiques. Quant aux institutions bureaucratiques, à l'instar des institutions judiciaires, elles seraient marquées par un engagement normatif les rendant attentives à éviter les pratiques discriminantes, et plus prosaïquement, ceci leur assurerait une meilleure efficacité (Guiraudon in Boswell 2007: 83).

Enfin, en troisième type d'explication concerne la société internationale. Des auteurs tels que Soysal (1994) ou Jacobson (1996) envisagent l'effet prescriptif des normes internationales sur les pratiques étatiques. Les mécanismes d'influence de ces normes demeurent toutefois difficiles à expliquer, et un certain scepticisme tend à prévaloir quant à leur impact réel. Une position alternative serait celle de Hollifield. Dans une perspective plus structuraliste, il estime que la rationalité politique qui régit les relations entre États, dès lors qu'elle repose sur le système d'États libéraux hégémoniques, comprend également la conception des droits humains qui y est liée.

Malgré les multiples suggestions amenées par les différentes approches théoriques visant à localiser la source de la contrainte libérale, l'origine de l'attachement au cadre libéral demeure selon Boswell (2007: 88) une question irrésolue. En d'autres termes, l'auteure pose la question de l'incitation fondamentale qui, en l'absence de mécanismes contraignants, pousse les États à intégrer les revendications des mouvements sociaux, les normes des institutions libérales ou celles des régimes internationaux des droits humains.

Pour sa part, Boswell propose une théorie des impératifs fonctionnels de l'État. Elle considère particulièrement quatre domaines permettant à l'État d'asseoir sa légitimité : la sécurité, l'accumulation, l'équité et la légitimité institutionnelle. Dans cette perspective, l'État serait susceptible de répondre aux demandes liées à la contrainte libérale dès lors que se verrait satisfaite l'une de ces fonctions participant à sa légitimation. Lorsque l'intérêt des non-citoyens est en jeu, c'est particulièrement la question de l'équité ou de la justice distributive qui se voit interpellée. Si les États tirent traditionnellement leur légitimité de la protection des droits de leurs propres citoyens, nous avons vu que l'intervention de mouvements sociaux, ainsi que le fait que les démocraties modernes reposent sur une conception universelle des droits humains, pouvait contrer la tendance protectionniste des États.

Il est possible de développer cet argument fonctionnaliste selon lequel la contrainte libérale ne s'opérerait que lorsque celle-ci fait écho aux intérêts propres de l'État. En fait, les impératifs fonctionnels sont multiples et potentiellement contradictoires. On peut dès lors s'interroger sur la façon dont l'État arbitre et priorise différents types d'intérêts et, *in fine*, sur la façon dont ces intérêts se définissent. Ce questionnement révèle en effet une limite des approches néo-institutionnalistes passées en revue. Par exemple, s'il est reconnu que les institutions libérales sont une source particulièrement forte de contrainte libérale, la façon dont s'y construit un intérêt distinct des sphères politiques et sociales n'est pas expliquée ou théorisée (Boswell 2007: 80).

S'agissant de normes internationales, on constate de plus que ces approches théoriques tendent à se concentrer sur l'impact ou l'influence de ces normes sur les acteurs concernés, occultant le plus souvent le processus de leur élaboration. Or, lorsque celles-ci sont développées dans un cadre intergouvernemental, elles ne peuvent pas être conçues comme une contrainte libérale extérieure à l'État. En effet, en acceptant le principe qu'une norme soit établie et en participant à sa définition, l'État se pose en fait des contraintes à lui-même.

Nous réfutons ainsi l'idée rationaliste selon laquelle les intérêts de l'État sont donnés objectivement. Comme l'explique Schmidt : *"One cannot distinguish objective interests from ideas ; all interests are ideas, and ideas constitute interests, so all interests are subjective"* (Schmidt 2008: 317). Nous nous fondons au contraire sur une perspective constructiviste selon laquelle les intérêts sont des construits politiques et sociaux (Schmidt and Crespy 2010: 356). Nous portons le même regard sur le concept d'identité, lequel est à articuler avec les intérêts de l'État. Sur la base des discours tenus en Italie en 1996-97 concernant l'union monétaire européenne, Radaelli (in Schmidt and Radaelli 2004: 203) a par exemple démontré que la conception de l'identité collective ne permettait pas uniquement de définir qui est membre ou non de la communauté mais qu'elle participe également à la définition des desseins qu'un pays se donne à poursuivre. Ainsi, le code de pratique de l'OMS, en mettant en perspective les pays d'origine et de destination des personnels de santé migrants, est susceptible de contribuer à la redéfinition de l'identité collective des États, amenant à reformuler les objectifs que l'État se donne, par exemple en matière de démographie médicale sur son territoire.

En considérant les intérêts et l'identité comme des construits politiques et sociaux, nous allons plus précisément aborder le rôle joué par le discours. Pour Schmidt, dès lors que le discours ne se cantonne pas à refléter les intérêts mais participe également à leur redéfinition en transformant les idées et valeurs d'une nation, il peut être considéré comme exerçant une influence causale sur le changement politique. La perspective de l'institutionnalisme discursif est présentée plus en détail dans la section suivante. Cet appareillage théorique est complété par des concepts issus du post-structuralisme.

5. POSITIONNEMENT THÉORIQUE ADOPTÉ : UNE DOUBLE POSTURE CONSTRUCTIVISTE ET POST-STRUCTURALISTE

Les deux entrées théoriques choisies nous ont amenée à questionner la manière dont les conflits de normes se présentant sur la scène internationale sont gérés et résolus ainsi que la façon dont la construction des intérêts subjectifs ainsi que de l'identité s'articule avec l'élaboration de ces normes. Il a également été question de savoir de quelle manière ces processus sont liés à une (re)configuration du pouvoir entre différents types d'autorités. Au cœur de ces questionnements, nous considérons que le concept de discours joue un rôle central et que celui-ci constitue un point de départ adéquat à un dialogue entre différents paradigmes de recherche.

A partir de la définition très générale que donne Schmidt du discours, lequel consiste en *“whatever policy actors say to one another and to the public more generally in their efforts to construct and legitimate their policy programs »* (2001: 5), nous prenons en fait le parti d'adopter une définition large et multiple du discours en examinant trois composantes ontologiques distinctes : d'une part, nous inspirant du néo-institutionnalisme discursif, nous abordons le discours dans sa dimension idéelle (contenu substantiel des idées) mais également en tant que mode d'interaction entre acteurs politiques et sociaux (Schmidt and Crespy 2010: 351) et d'autre part, dans une perspective inspirée du post-structuralisme, nous allons également considérer le discours dans une dimension plus structurelle.

5.1 Le discours au sein du néo-institutionnalisme discursif

L'articulation de ces différentes approches théoriques, toutes centrées autour de la notion de discours, nous semble ainsi offrir un regard relativement complet sur les processus politique. En France, les analyses de l'action publique ont intégré le rôle des idées dès les années 1980 (voir notamment Jobert et Muller, 1987). Initialement réalisées à l'échelle nationale, ces recherches se sont ensuite intéressées aux développements des discours au sein de forums internationaux et à leur influence sur les cadres cognitifs nationaux (voir Fouilleux, 2000 et Jobert 2003). On peut notamment retenir de ces travaux initiaux la notion de référentiel présentée ci-après.

Nous faisons pour notre part le choix de nous rattacher au néo-institutionnalisme discursif. Cette approche théorique s'inscrit dans le suivi des approches cognitives de l'action publique, tout en affirmant une certaine pluridisciplinarité. En fait, le néo-institutionnalisme discursif est qualifié par ses tenants de quatrième « nouvel institutionnalisme » aux côtés des néo-institutionnalismes historique, rationnel et sociologique. Mais plutôt qu'une approche concurrente, il se présente comme

complémentaire aux trois néo-institutionnalismes classiques. Le néo-institutionnalisme discursif se caractérisant par le fait d'envisager le discours comme variable explicative du changement institutionnel, il lui a notamment été reproché de ne pas rendre plus explicite la dimension plus systémique du discours (voir par exemple May 2009: 3). Par exemple, Schmidt n'envisage les approches qu'elle présente comme complémentaires que comme arrière-plan ou éléments de contexte. Nous souhaitons ici porter une attention équivalente aux poids des structures et afin de compléter l'appareillage conceptuel permettant d'aborder le discours comme facteur de changement institutionnel, nous nous inspirerons de la manière dont le discours a été conceptualisé au sein du poststructuralisme. De cette manière, nous entendons surmonter la dichotomie entre structure et *agency*. En termes de discours, Schmidt rend d'ailleurs compte de cette dualité en distinguant les prédispositions idéelles (*background ideational abilities*) des capacités discursives (*foreground discursive abilities*). Les prédispositions idéelles se rapportent à la capacité des agents à attribuer du sens dans un contexte de signification donné. Le discours apparaît alors comme une structure englobante qui contraint dans le même temps qu'elle permet la capacité d'action des agents (Schmidt 2012: 95). Les prédispositions idéelles permettent ainsi d'expliquer la stabilité institutionnelle. Quant aux capacités discursives, elles correspondent à la possibilité qu'ont les agents de communiquer de façon critique à propos de leurs institutions et ainsi, de les changer (Schmidt 2008: 314).

Dans le cadre de notre recherche, l'apport essentiel du néo-institutionnalisme discursif consiste à mettre en évidence le rôle des idées dans la (re)construction des intérêts et des valeurs. Plus précisément, il part du principe que le discours reconceptualise les intérêts des acteurs, remodèle les institutions historiquement établies et circonscrit les schémas de compréhension culturellement déterminés (Schmidt 2001: 250-251; Schmidt and Crespy 2010: 351). Il est ainsi considéré que le discours peut redéfinir les intérêts subjectifs soit directement, soit en transformant les cadres de référence qui permettent de les appréhender. Les idées se présentant à différents niveaux de généralité ou d'ancrage, Schmidt distingue « *celles liées à des politiques publiques, à celles constituant des programmes ou paradigmes politiques, jusqu'aux normes et philosophies fondamentales* » (Schmidt and Crespy 2010: 352). Cette distinction renvoie à la discussion sur les référentiels propre aux premiers travaux d'analyse cognitive des politiques publiques. De manière générale, les référentiels d'action publique consistent en des ensembles cohérents d'idées qui donnent sens et lisibilité à l'action publique. Jobert et Muller distinguent alors les référentiels globaux, comme norme générale orientant les politiques des référentiels d'action publique sectorielle comprenant des schémas d'action politique. Ainsi, s'il paraît surprenant que les États dont on suppose communément qu'ils poursuivent leur intérêt national, aient souscrit aux principes cosmopolites du code de pratique de l'OMS, une telle évolution pourrait être expliquée par la manière dont le discours intervient sur la manière dont ces États se représentent le phénomène des migrations internationales des personnels de santé ainsi que leurs propres intérêts en lien avec ces mouvements. Le néo-institutionnalisme discursif ne se présente

donc pas comme étant en opposition avec une approche réaliste des relations internationales en ce sens qu'il ne rejète pas forcément l'idée selon laquelle les organisations intergouvernementales peuvent être le reflêt des inégalités de pouvoir entre les différents États membres. Par contre, les intérêts poursuivis ainsi que les moyens utilisés ne sont pas envisagés comme fixes et déterminés mais comme susceptibles d'être reformulés en intégrant de nouveaux discours.

Nous avons également relevé que le néo-institutionnalisme discursif s'inscrit dans un paradigme interactionniste puisqu'il considère aussi le discours comme un mode d'interaction. Ici encore, le rôle des acteurs a été souligné par les premiers auteurs de l'analyse cognitive des politiques publiques. Pour Fouilleux, les idées n'ont de pertinence réelle qu'à travers leur intériorisation et leur revendications par différents acteurs, « les intérêts sont ainsi pris en compte, à travers les représentations que s'en font les acteurs concernés » (2000 : 278). Schmidt nous invite de plus à distinguer le discours de coordination du discours de communication. Lorsque plusieurs types d'acteurs participent à l'élaboration de politiques publiques, ceux-ci développent principalement un discours de coordination. Cette sphère du discours s'adresse aux acteurs politiques et vise à produire des idées et à parvenir à un accord. Les individus ou groupes engagés dans la formulation d'un discours de coordination peuvent être plus ou moins étroitement liés. On peut considérer que le discours de coordination se développe au sein de forums de production des idées au sein desquels s'affrontent plusieurs groupes d'acteur cherchant à faire valoir leur vision du monde (Fouilleux, 2000 : 279). Par exemple les communautés épistémiques, unies par le partages d'idées normatives et cognitives, construisent un discours de coordination, tout comme les coalitions de cause (*advocacy coalitions*) qui bénéficient de surcroît d'un accès à l'élaboration de politiques publiques (Schmidt 2008: 310; Schmidt and Crespy 2010: 352). Quant au discours de communication, il s'adresse principalement au grand public à des fins d'information et de débat public sur les idées, mais surtout de légitimation, en appuyant la pertinence ou la nécessité d'une politique publique (Schmidt 2005: 89). Fouilleux évoque pour sa part les forums des communautés de politique publique, lesquels institutionnalisent les idées en les transformant en instruments de politique publique. Pour Schmidt (2008: 560-561), plus le pouvoir est concentré entre les mains d'un nombre restreint d'acteurs, plus c'est le discours de communication qui va être élaboré. Lors de l'analyse du discours, il est notamment intéressant d'observer la trajectoire de l'interaction discursive, de voir si celle-ci est descendante (*top-down*), partant des élites vers l'opinion publique, ou si les idées suivent une trajectoire ascendante (*bottom-up*) partant par exemple de mouvements sociaux. Il y a également lieu de voir dans quelle mesure les discours de communication et de coordination sont connectés et d'étudier les motifs et enjeux liés à leur éventuelle dissociation (Schmidt 2008: 310-311). Afin de saisir pourquoi le code de pratique s'est cristallisé autour d'un certain nombre de recommandations spécifiques, il sera donc indispensable d'identifier les acteurs ayant participé au processus de son élaboration ainsi que la nature de leur discours.

Le discours au sein du néo-institutionnalisme discursif se présente donc essentiellement comme une ressource argumentative, et en ce sens constitue une force de changement politique. Il est toutefois entendu que tout discours est à situer dans un contexte institutionnel, culturel et historique particulier. Afin de révéler le rôle de ces contextes particuliers, nous mobilisons à présent des apports du poststructuralisme.

5.2 Le discours au sein du poststructuralisme

Selon Keeley (1990: 90), un regard poststructuraliste sur les régimes internationaux permet de mettre en lumière les cadres de compréhension et d'organisation, lesquels ne sont pas nécessairement partagés par tous mais autour desquels un ordre peut être construit. Dans ce cadre, le discours correspond premièrement à des « déclarations théoriques » (*theoretical statements*), c'est-à-dire des affirmations qui “*define a phenomenon, provide a basis for analyzing, assessing, and evaluating it ; and provide guidance for action with respect to it in terms of both means and ends*” (Keeley 1990: 91). De manière générale, on peut ainsi présenter le discours comme un “*system of meaning that constitutes institutions, practices and identities in contradictory and disjunctive ways*” (Larner 2000: 12). Secondement, la notion de discours, en mettant en relation ces déclarations théoriques avec des pratiques sociales, revêt également un caractère performatif : A travers les technologies de mise en œuvre qui l'incarnent, le discours exerce un pouvoir sur la capacité d'action des acteurs et en ce sens, joue un rôle créatif sur la représentation de la réalité (Keeley 1990: 91). Pour Foucault, le discours fournit un « régime de vérité », il permet d'évaluer, non seulement si une affirmation est vraie ou fausse, mais en premier lieu, si elle a du sens ou non. Un phénomène particulier va ainsi apparaître digne de l'intérêt public et donc susceptible d'être politisé selon sa résonance au sein d'un régime de vérité donné (Keeley 1990: 92). Un tel régime s'appuie sur une forme de savoir politique, lequel joue un rôle double lui conférant un caractère systémique: “*On the one hand, political rationalities provide cognitive and normative maps that open up spaces of government which are intrinsically linked to truth. State agencies produce and proliferate forms of knowledge that enable them to act upon the governed reality. On the other hand, the state is constituted by discourses, narratives, world-views and styles of thought that allow political actors to develop strategies and realize goals. What is more, these symbolic devices even define what it means to be an actor, who may qualify as a political actor*” (Lemke 2007: 48). Ainsi, pour Rose et Miller (2010: 275), “*an analysis of political discourse helps us elucidate not only the systems of thought through which authorities have posed and specified the problems for government, but also the systems of action through which they have sought to give effect to government*”. Selon cette perspective structuraliste, l'adoption du code de pratique a donc en premier lieu été rendue possible par l'existence d'un système de pensée partagé permettant l'émergence d'un instrument de coopération multilatérale pour la gestion des migrations des

personnels de santé. A l'inverse toutefois, il faut également envisager que ce système de pensée ait circonscrit la portée de l'instrument ainsi que l'étendue de ses recommandations.

Il apparaît que les approches du néo-institutionnalisme discursif et du poststructuralisme sont non seulement complémentaires mais peuvent aussi être considérées comme se situant sur un même continuum selon le plan discursif sur lequel elles se situent. En soulignant le poids des éléments de connaissance, des idées, des représentations ou des croyances sociales dans l'élaboration des politiques publiques, ces deux approches sont finalement réunies sous l'étiquette d'approche cognitive et normative des politiques publiques (Surel 2010: 90).

Les concepts de « récit politique » (*policy narrative*), de « théorie causale » (*causal story*) et de « mise en relation substantive » (*substantive issue-linkage*) que nous présentons ci-après sont ainsi susceptibles d'être mobilisés tant en termes de stratégie discursive dans le cadre de négociations qu'afin de rendre compte de la façon dont un système de signification plus général structure les actions des acteurs.

5.3 Appareillage conceptuel autour de la notion de discours

Nous allons à présent développer les concepts de « récit politique » (*policy narrative*), de « théorie causale » (*causal story*) et de « mise en relation substantive » (*substantive issue-linkage*) afin de montrer de quelle manière les idées interviennent dans les processus d'élaboration des politiques publiques ou dans notre cas, de quelle manière les différentes représentations des migrations internationales des personnels de santé qui se développeront appelleront à la formulation de politiques particulières. Ces trois concepts présentent ainsi la caractéristique commune de se baser sur le postulat que les idées médiatisent la perception d'un problème (Stone 1989: 282), que ceux-ci sont en fait des constructions sociales s'appuyant sur des ressources idéationnelles (Boswell, Geddes et al. 2011: 2) et que la compréhension intersubjective des situations va donc façonner les politiques publiques (Betts 2010: 86). Ces concepts ont également pour point commun d'accorder une attention particulière à l'apport de nouvelles connaissances et à la façon dont celles-ci interviennent dans la définition de problèmes politiques, en particulier de leurs causes. Si ces concepts diffèrent selon la dimension sur laquelle l'accent est mis, ceci tend plutôt à les rendre complémentaires qu'antagonistes.

Les trois concepts discutés permettent ainsi de rendre compte de la façon dont les problèmes politiques sont construits. Le terme le plus englobant est sans doute celui de récit politique. Celui-ci se définit comme "*the knowledge claims about the causes, dynamics and impacts*" d'un phénomène particulier (Boswell, Geddes et al. 2011: 2). Plus précisément, un récit politique se compose (1) des assertions en lien avec le problème politique que l'intervention politique devrait cibler (définition et conception du problème politique), (2) des assertions concernant les causes du problème et dans quelle

mesure celles-ci pourraient être contrôlées (causes du problème) et (3) des assertions concernant la façon dont des interventions politiques ont affecté ou sont susceptibles d'affecter ces problèmes politiques (solutions au problème) (Boswell, Geddes et al. 2011: 4-5). Ce dernier élément renvoie d'ailleurs à la notion d'algorithme développée par Muller (1995 159) pour qualifier les hypothèses supposées vraies sur les mécanismes de l'intervention publique qui composent les référentiels. Comme le suggère l'inspiration littéraire de l'expression « récit politique », celle-ci renvoie également à une mise en intrigue des événements ainsi qu'à un ordre temporel, une séquentialité les régissant (Radaelli 2010: 549).

Pour Stone, qui développe le concept de théorie causale, ces différentes composantes sont en fait intimement liées puisque l'opération de définition de problème consisterait fondamentalement en l'attribution de causes, de blâmes et de responsabilités. Elle s'intéresse particulièrement à la façon dont des situations difficiles sont progressivement perçues comme des « problèmes ». Ce passage s'effectuerait seulement lorsqu'une situation donnée, initialement considérée comme s'inscrivant dans les domaines de la nature, des accidents ou de la destinée, en viendrait à être vue comme soumise à la volonté et aux choix des êtres humains, en ce sens qu'elle serait causée par l'action de l'homme et/ou l'objet de son intervention (Stone 1989: 281).

En se basant également sur les relations de causalité réelles ou perçues entre les thématiques, le concept de mise en connexion substantive, vise pour sa part à rendre compte de la façon dont différentes thématiques sont simultanément discutées en vue de leur résolution conjointe. Cette mise en relation est appuyée par une cohérence intellectuelle qui permet précisément de substantivement lier les thématiques en question. On peut également définir ce concept en opposition à celui de mise en connexion tactique (*tactical issue linkage*) qui consiste à rendre conditionnelles l'une à l'autre des thématiques à travers un jeu de marchandage (Haas 1980: 372; Betts 2010: 87). Selon Betts (2010), l'étude du concept de *tactical issue linkage* auquel il a principalement été fait recours dans le cadre de l'analyse des négociations internationales a longtemps été privilégié. En lien avec l'intérêt croissant porté au concept de communauté épistémique, plusieurs chercheurs se sont intéressés au concept de mise en relation substantive, par exemple afin d'apporter un regard critique sur le nexus « migration et changement climatique » (Betts 2010; Nicholson 2010; Mayer 2012)

On constate donc que pour chacun de ces concepts, la façon dont des mécanismes de causalité sont perçus comme intervenant dans l'apparition des problèmes politiques est un élément crucial. A cet égard, c'est le concept de théorie causale qui est le plus développé. Stone propose ainsi une typologie des théories causales (voir tableau ci-dessous), d'une part selon que l'action est volontaire, guidée par une motivation ou non, et d'autre part, en fonction de l'intentionnalité des conséquences (prévues ou imprévues). Elle considère deux types de positions qualifiées de fortes et deux types de positions considérées comme faibles. Pour l'auteure, l'intérêt d'une telle typologie est qu'elle offre un cadre de compréhension aux stratégies des acteurs engagés dans la définition de problèmes. Ceux-ci

vont prioritairement chercher à soutenir une position forte et se rabattront éventuellement sur l'une des positions faibles, l'enjeu principal étant de déplacer et de faire s'imposer une interprétation d'une situation dans le champ de l'accident, relevant du monde de la nature ou dans le champ du contrôle régi par l'action humaine.

Tableau 1: Typologie des théories causales (Adapté de Stone, 1989)

		Conséquences	
		<i>Intentionnelles</i>	<i>Non-intentionnelles</i>
Actions	<i>Non-guidées</i>	Cause "mécanique" (Ex. Choix de protection contre une sélection de risques)	Cause "accidentelle" (Ex. catastrophe naturelle)
	<i>Guidées</i>	Cause "intentionnelle" (Ex. Conspirations, projets qui fonctionnent)	Cause "par inadvertence" (ex. effets colatéraux, négligence)

Positions fortes

Positions faibles

Le concept de mise en connexion substantive permet pour sa part de rendre compte de la façon dont l'apport de nouvelles connaissances quant à un phénomène donné tend à en offrir une vision plus complexe. Alors que la nature d'un problème est redéfinie de façon plus globale et en des termes plus interreliés, des options politiques plus compréhensives pourraient également être poursuivies (Haas 1980: 372; 1992: 29).

Les récits politiques, théories causales et autres modèles de mises en relation substantives ont également été décrits du point de vue de la fonction que ceux-ci exercent en situation d'incertitude par rapport à un phénomène donné. Ainsi, selon Roe (in Boswell, Geddes et al. 2011: 4), "*a narrative stabilises the assumptions needed for decision making in the face of what is genuinely uncertain and complex*". Pour Boswell et al (2011: 3), le thème de l'immigration se prête particulièrement à la mise en récit politique en raison de l'incapacité perçue à contrôler les flux migratoires, de l'incertitude entourant les causes et conséquences des migrations et des doutes concernant la meilleure façon d'atteindre les objectifs sociaux et économiques. On retrouve ici la dimension d'incertitude également présente dans le concept de *substantive issue-linkage*. Mais alors que dans ce dernier cas, on considère que l'incertitude constitue plutôt une ressource argumentative, Boswell et al. s'intéressent plutôt au fait que des récits politiques rivaux sont générés par cette incertitude. En s'imposant face à des récits concurrents, un récit politique particulier va ainsi être susceptible de simplifier la complexité d'un phénomène. Discutant des différents types de relations de causalité, Stone (1989: 288-189) précise que de nombreux problèmes politiques sont liés à un système complexe de causes multiples et qu'en ce

sens, ils se rapprochent du type des causes accidentelles. Une interprétation en termes de causes complexes n'est selon elle pas très utile en politique car elles n'identifient pas un seul lieu de contrôle, un candidat plausible pour prendre la responsabilité du problème, ou un angle d'approche pour résoudre le problème. Pour Betts également, il est possible dans certains cas d'avoir une compréhension objective de la façon dont l'action dans un champs X va avoir des conséquences sur un champs Y mais selon le degré de connaissances disponibles ou en raison de la nature même des domaines dont il est question, une situation d'information imparfaite peut prévaloir, causant incertitude et ambiguïté. Le fait que malgré cela une certaine interprétation d'une relation de causalité prévale indique bien qu'il s'agit plus d'une relation idéale perçue que d'une relation matérielle réelle (Betts 2010: 88). Le rôle de la connaissance d'experts a été particulièrement souligné lorsqu'il est question de migrations car il serait de plus en plus attendu des décideurs politiques qu'ils s'appuient sur une forme d'expertise pour informer leurs choix et justifier leurs décisions (Boswell, Geddes et al. 2011: 7). Les auteurs précisent toutefois que la connaissance d'expert est susceptible d'intervenir de diverses manières dans la formulation des récits politiques, tantôt ignorée, tantôt assumant un rôle symbolique de légitimation *a posteriori* et tantôt exerçant une influence réelle.

Les auteurs se sont également intéressés aux conditions de succès et de diffusion des théories causales, des récits politiques ou de mises en connexion substantives. Par exemple, afin d'expliquer pourquoi et comment certains récits politiques s'imposent face à d'autres, trois conditions sont citées: que le récit défende les intérêts des acteurs, qu'il réponde à certains critères cognitifs (tel que la cohérence) et de plausibilité (que le récit soit par exemple compréhensible et convaincant). Ce sont également ces critères cognitifs et de plausibilité qui sont sous-jacents aux mécanismes de persuasion envisagés pour expliquer la diffusion de modèles de mise en relation substantive : "*persuasion can be defined as taking place when a given actor A acts in a way that changes the underlying beliefs of another actor B about something (...)*" (Betts 2010: 89). Pour sa part, Stone mentionne la visibilité médiatique ainsi que l'autorité des partisans de la théorie causale, que celle-ci soit conforme aux valeurs culturelles ancrées et qu'elle n'implique pas de redistribution fondamentale du pouvoir et des richesses. Stone mentionne également le rôle des institutions judiciaires, qu'elle considère comme déterminant, ainsi que de la science, dont elle reconnaît l'autorité culturelle tout en modérant l'influence dont elle dispose.

On constate ici que des critères sont recensés relevant tant de conditions structurelles que de la capacité d'action des agents. Afin de mieux saisir la façon dont se construisent les stratégies des agents, il doit être précisé que les théories causales, les récits politiques ou de mises en connexion substantives, sont considérés comme mutuellement constitutifs avec les intérêts des agents. Par exemple, en œuvrant à travers un mécanisme de « *persuasion, un modèle de mise en relation substantive peut influencer la façon dont un acteur appréhende un sujet et ainsi redéfinir ses intérêts* » (Betts 2010: 89). Haas ajoute également qu'une conception étendue des intérêts nationaux peut

favoriser la collaboration internationale dans la mesure où des perspectives de gains mutuels sont envisagées (1980: 374). A l'inverse, les acteurs engagés sont aussi susceptibles de favoriser un récit politique qui promeuve leurs propres intérêts (Boswell, Geddes et al. 2011: 5).

Nous nous intéressons finalement aux enjeux moraux et éthiques des récits politiques, théories causales et modèles de mise en relation substantive. On observe ici une divergence entre les auteurs. Par exemple, pour Boswell et al. (2011: 2-3), le concept de récit politique indique une technicisation des débats politiques au sein desquels le poids des arguments moraux serait moindre. Par contre pour Stone, la fonction politique de ces théories causales est à lier avec leur dimension éthique (1989: 295). En effet, en identifiant les agents causaux, ces théories attribuent à des acteurs politiques spécifiques la responsabilité de faire en sorte que tel acteur cesse une activité, la fasse différemment, indemnise ses victimes ou soit punis. Par ailleurs, les théories causales légitiment et habilitent certains acteurs comme étant à même de résoudre le problème. Dans une perspective géographique, il est d'un intérêt particulier d'envisager l'attribution de cette responsabilité (tant en termes de cause que de résolution du problème) en fonction de l'échelle sociale et géographique. En effet, selon la théorie causale adoptée, la responsabilité ainsi que la résolution sont plutôt pensées à l'échelle individuelle, régionale, nationale ou internationale, sachant que les institutions opérant à chacun de ces niveaux ne se recoupent pas nécessairement. L'importance croissante des communautés épistémiques discutées ci-après dans la formulation et la diffusion de récits politiques, théories causales et mises en relation substantives tend également à indiquer la présence d'arguments moraux, celles-ci étant notamment caractérisées par un ensemble de principes normatifs communs.

5.4 Les communautés épistémiques comme acteurs clés du discours

L'expression communauté épistémique a initialement été formulée par Ruggie (1975). Partant du concept d'épistème, défini comme une façon dominante de regarder la réalité sociale, un ensemble de symboles et de références partagées, des attentes mutuelles et une prévisibilité des intentions commune (1975: 569-570), il propose que la communauté épistémique soit comprise comme des rôles interreliés formés autour d'un épistème. Alors que ces dernières années, le concept a connu un regain de popularité au sein des cercles académiques, c'est principalement la conceptualisation que Haas (1992) en propose qui fait référence. Celui-ci définit la communauté épistémique comme "*a network of professionals with recognized expertise and competence in a particular domain and an authoritative claim to policy-relevant knowledge within that domain or issue-area*" (1992: 3). Haas se distancie ainsi des approches du type du choix rationnel afin d'expliquer la coopération internationale en envisageant la possibilité que des acteurs "*learn new patterns of reasoning and may consequently begin to pursue new state interests*" (Haas 1992: 2). Selon cette perspective, le concept de

communauté épistémique est avancé comme jouant un rôle clé dans la manière qu'ont les États de redéfinir leurs intérêts.

Plus précisément, Haas énonce quatre traits distinctifs caractérisant les communautés épistémiques : celles-ci partageraient un ensemble de préceptes normatifs (1), des convictions sur certaines relations de cause à effet (2), des critères de validité dans la production du savoir (3), et un projet commun en ce qui concerne l'application des solutions à des problèmes sociétaux⁵ (4).

L'élaboration ainsi que l'adoption du code de pratique de l'OMS seront ainsi considérées comme une action politique commune. En fait, bien que les communautés épistémiques soient a priori conçues comme permettant de faire face aux incertitudes ainsi qu'à la complexité caractérisant l'ensemble des sujets traités sur la scène internationale, celles-ci pourraient également se montrer proactives, par exemple en publiant des rapports qui créent une prise de conscience des autorités politiques et les incite réagir.

Il nous paraît également particulièrement important de prendre en compte les croyances analytiques sous-jacentes aux recommandations formulées dans le code de pratique. Selon Haas (1992: 29), l'apport de nouvelles connaissances scientifiques va conduire à la reconnaissance de nouvelles relations de cause à effet, jusqu'alors méconnues. Alors que la nature d'un problème est redéfinie de façon plus globale et en des termes plus interreliés, des options politiques plus compréhensives pourraient également être poursuivies.

Il est à noter qu'en empruntant à Michel Foucault le terme « d'épistème », lequel désigne, « *tous ces phénomènes de rapport entre les sciences ou entre les différents discours dans les divers secteurs scientifiques* » (Foucault 1994) et par là, les « *conditions de possibilités* » des connaissances (Foucault 1966: 13), Ruggie donne une connotation structurale et historique au concept de communauté épistémique. Pour autant, ce dernier est fréquemment mobilisé par les auteurs constructivistes et interactionnistes. Par ailleurs, si le concept d'épistème initialement développé par Foucault évoque plutôt un cadre de pensée général propre à une époque, il faut plutôt comprendre la communauté épistémique comme s'articulant autour d'un « sous-épistème » particulier mais considéré comme crédible et légitime au sein de l'épistème.

Pour une grande variété de thèmes traités sur la scène internationale, le concept de communauté épistémique a été mobilisé afin de mieux comprendre les processus décisionnels en rendant compte de l'influence d'une telle communauté sur les croyances et comportements des décideurs politiques. On peut par exemple citer les cas des recherches sur le rôle d'une communauté d'experts en sciences atmosphériques dans l'adoption en 1987 du protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone (Haas 1992), sur la manière dont le comité Delors composé d'experts

⁵ Traduction issue de (Schwandt 2009: 80)

monétaires, participa à la définition de l'Union économique et monétaire dont il rédigea le projet d'accord (Verdun 1999), ou sur l'émergence d'une communauté épistémique en lien avec la gestion des déchets nucléaires (Stauffacher and Moser 2010). S'il s'avère effectivement possible de repérer l'émergence d'un groupe d'experts en lien avec les questions de migrations internationales des personnels de santé cherchant à promouvoir un code de pratique mondial tout en intervenant sur son contenu, le concept de communauté épistémique devrait alors nous permettre de mieux comprendre selon quels mécanismes les États en sont arrivés à une adoption unanime du code de pratique tel qu'il s'est présenté sous sa forme finale.

CADRE D'ANALYSE

Dans ce chapitre, il s'agit de fournir les outils permettant d'appliquer notre cadre théorique à l'étude des migrations internationales des personnels de santé. Pour cela, nous mobilisons deux cadres d'analyse visant chacun à opérationnaliser les aspects éthiques et de pouvoir questionnés dans nos deux sous-questions de recherche. En premier lieu, le questionnement sur les dimensions éthiques des migrations internationales des personnels de santé étant principalement lié à la question de la position morale vis-à-vis des non-citoyens (la population des pays d'origine des personnels de santé migrants), nous développons les concepts de nationalisme et de cosmopolitisme et discutons leurs applications possibles aux questions des migrations internationales. Ce premier cadre d'analyse est fondamentalement ancré dans le domaine de la philosophie politique, ce qui nous permet non seulement d'analyser le discours sur les migrations internationales des personnels de santé du point de vue de son contenu idéal mais aussi de saisir les différents niveaux de généralité auxquelles correspondent les composantes de ce discours.

Le deuxième cadre d'analyse que nous présentons s'articule autour du concept de gouvernementalité initialement développé par Foucault et repris par des auteurs contemporains afin d'être appliqué à des thématiques actuelles. Ce dernier nous permettra d'appréhender le mode de redistribution des tâches et actions entre les différents types d'autorités qui sous-tend le code de pratique de l'OMS, de caractériser celui-ci en tant qu'expression particulière du pouvoir politique et finalement, de situer cet instrument par rapport à son contexte historique. Par ailleurs, le concept de gouvernementalité, de par son caractère compréhensif, permet de mettre en relation les dimensions éthiques d'un problème politique avec la répartition du pouvoir qui organise sa gestion.

6. LA POSITION MORALE VIS-À-VIS DES NON-CITOYENS : NATIONALISME VERSUS COSMOPOLITISME.

Questionnant les rationalités morales fondant les politiques en lien avec les migrations internationales des personnels de santé, il est dans un premier temps nécessaire d'introduire les concepts dichotomiques de nationalisme et de cosmopolitisme. C'est en effet précisément à travers le prisme de ces deux postures que la position morale vis-à-vis des non-citoyens peut être analysée. Après avoir exposé ces deux concepts et leurs différentes variantes selon la tradition philosophique au sein de laquelle ceux-ci sont élaborés, nous verrons que les phénomènes de migrations internationales participent largement à alimenter et renouveler les débats en la matière.

6.1 Introduction aux concepts de nationalisme et de cosmopolitisme

En premier lieu, il est utile d'apporter quelques précisions terminologiques concernant les concepts de nationalisme et de cosmopolitisme. Dans une perspective institutionnelle, le concept de nationalisme découlant de l'ordre politique westphalien classique est étroitement lié à celui de la souveraineté nationale, lequel est traditionnellement associé à un territoire limité ainsi qu'à des distances définies démarquant les limites juridictionnelles de l'autorité politique. Le nationalisme institutionnel soutient notamment le droit à l'autodétermination et appelle au développement d'institutions publiques et politiques au niveau national (Tan 2002: 440). Par opposition, le cosmopolitisme institutionnel appellerait à un étatismes mondial proposant de placer la souveraineté politique au sein d'un organe mondial centralisé (Tan 2002: 440). Cette vision a notamment été critiquée en raison de son caractère ethnocentrique ou impérialiste, dans la mesure où l'ordre mondial envisagé reposerait sur l'universalité du modèle démocratique libéral propre aux sociétés occidentales (Delanty 2006 : 26). Le cosmopolitisme moral ne formule par contre pas de demande institutionnelle. Il considère que l'individu est l'ultime unité de valeur et de préoccupation morale et que la façon dont nous devrions agir ou le type d'institutions que nous devrions établir devraient être basés sur une considération impartiale des revendications de toute personne susceptible d'être affectée par nos choix (Tan 2002: 441). Tan souligne ainsi que selon cette conception, le cosmopolitisme n'a pas tant trait à l'organisation d'institutions globales qu'à la base justificative de ces institutions. De surcroît, il affirme qu'un cosmopolitisme institutionnel n'est pas nécessaire à la réalisation d'un cosmopolitisme moral et que l'intérêt égal et impartial des individus peut tout à fait cohabiter avec l'idée d'autodétermination nationale. L'idée selon laquelle il existerait une forme de moralité universelle et que celle-ci serait applicable à la communauté humaine dans son ensemble a toutefois également été critiquée et rapportée à une forme d'impérialisme culturel cherchant à imposer une conception de la moralité favorisant notamment les droits des individus face aux droits communautaires. Dans le cadre de cette recherche, c'est dans sa dimension morale que le concept de cosmopolitisme sera en premier lieu mobilisé. Mais dès lors que les enjeux de pouvoir liés au code sont également questionnés, la façon dont une forme de cosmopolitisme moral s'exprimera de manière institutionnelle retiendra également notre intérêt. Sans vouloir nous engager dans une polémique concernant l'impérialisme que véhiculeraient les diverses formes de cosmopolitisme, nous retiendrons particulièrement des critiques émises la prise de distance nécessaire avec toute idée d'universalité.

Notons que la terminologie employée varie selon les auteurs. Par exemple, lorsqu'il est question de justification morale, Bader (2005: 84) oppose plutôt la morale universaliste à l'éthique particulariste. Par contre, le nationalisme au sens moral sera compris comme l'approche consistant à accorder la priorité aux compatriotes. Selon Bader, (2005: 85), une priorité inconditionnelle rejetant toute obligation morale envers l'être humain en tant que tel a été considérée comme déraisonnable. A

l'opposé, on pourrait formuler la critique à l'égard d'un cosmopolitisme extrême, si ce n'est d'être déraisonnable, de nier toute forme d'attachement national. La plupart des auteurs s'attache donc à formuler des nationalismes et cosmopolitismes dit « raisonnables » ou « modérés ». En d'autres termes, il s'agit de concevoir les deux positions, non pas comme mutuellement exclusives, sous forme de dilemme, mais comme étant en tension l'une avec l'autre (Abizadeh and Gilibert 2008: 351). Les tenants de ces positions intermédiaires partageraient l'avis selon lequel les États continuent de jouer un rôle important et qu'il existe un espace pour une priorité nuancée accordée aux compatriotes. La question est alors de savoir comment les obligations envers les compatriotes sont justifiées et de quelle manière les obligations morales en concurrence sont appréhendées et articulées (Bader 2005: 84). Du point de vue d'un nationaliste modéré, Audi (2009: 370) présente l'exemple selon lequel il pourrait être admis de sacrifier un avantage national, par exemple en permettant l'exportation de céréales, ce qui augmenterait significativement le prix du pain, dans la mesure où cela permettrait de sauver des millions de personnes de la famine. Cet exemple illustrerait les limites de la préférence nationale. En ce qui concerne le cosmopolitisme modéré, celui-ci admet le nationalisme comme une vertu et reconnaît en conséquence la défense de l'intérêt national comme légitime mais dans la mesure où celui-ci n'est pas en conflit avec l'intérêt d'autres personnes. Audi illustre cette position avec l'exemple du réchauffement climatique, où un cosmopolite modéré accepterait qu'une charge particulière soit exercée sur son propre pays dès lors que le bien de l'humanité est en jeu. A titre d'exemple, on peut également citer le « cosmopolitisme partial » défendu par Kapur et McHale (2006; 2007). Selon ces derniers, la priorité devrait être donnée aux intérêts des compatriotes, tout en accordant un poids croissant aux intérêts des étrangers, à commencer par les plus démunis. Articulée autour de la catégorie (abstraite) des « moins bien nantis », cette approche renvoie en fait à l'idée de justice distributive discutée ci-après. On peut relever que les auteurs évoqués tendent plutôt à exercer une philosophie idéaliste et en ce sens, n'énoncent pas nécessairement des principes opérationnels à la qualification du code de pratique de l'OMS. Toutefois, la discussion menée permet d'envisager l'articulation possible entre les deux principes de nationalisme et de cosmopolitisme plutôt que leur opposition fondamentale.

6.2 Introduction aux principes de justice distributive

Il est donc utile de présenter plus en détail cette notion car c'est en fait à travers les principes de justice distributive que s'accomplissent *in fine* les idées nationalistes et cosmopolites. Dans la mesure où le code de pratique promouvrait une forme de cosmopolitisme moral, il importerait donc d'être en mesure de qualifier les principes de justice distributive soutenant une telle inclination. Dans

une conception large, la justice distributive⁶ est définie comme les principes gouvernant la distribution des droits, obligations, charges et avantages entre les membres d'une société. En ce qui concerne la thématique des migrations internationales des personnels de santé, les droits, obligations, charges et avantages qui peuvent être envisagés sont multiples : On peut évoquer autant le droit à la santé, le droit de migrer, le droit de commercer (recruter du personnel étranger) que les obligations faites à différents types d'acteurs (gouvernements, migrants, recruteurs, etc.) d'assurer ces droits. Quant aux charges et avantages, ils renvoient principalement à la fourniture de soins ainsi qu'au financement de la formation des personnels de santé.

Avant toute chose, il y a lieu de relever que l'intérêt pour les questions de justice distributive n'a pu se développer qu'à partir du moment où l'Homme a dépassé l'idée que la distribution des ressources était fixe et immuable, que celle-ci soit pensée comme d'origine naturelle ou divine. C'est ainsi avec le développement de l'idée que la distribution des charges et avantages puisse être affectée par les gouvernements que les questions de justice distributive ont pris toute leur acuité. Cette observation fait écho au concept de gouvernementalité présenté dans la section suivante, le caractère subjectif et construit des tâches gouvernementales y étant souligné. Toute société est ainsi constamment confrontée à des choix concernant le maintien, la modification ou la suppression de mesures politiques et de lois ayant des effets redistributifs. Les théories présentées ci-dessous, bien que souvent formulées comme des idéaux, fournissent néanmoins les principes normatifs permettant de guider l'action dans le cadre de prise de décision politique. Elles constituent en quelque sorte la dimension morale de la rationalité politique et à ce titre, nécessitent d'être introduites. Ces principes diffèrent selon la doctrine de philosophie politique dans laquelle ils s'inscrivent. Nous passons en revue les principales théories de la justice distributive et en décrivons les fondements. Dans un souci de concision, nous limiterons notre propos à une présentation générale de ces théories.

En premier lieu, on mentionnera les principes inspirés de l'égalitarisme. Dans cette perspective, les ressources devraient être distribuées de façon à ce que tous les membres de la société en possèdent la même quantité. Les variantes de ce principe se déclinent notamment en fonction de leur dimension temporelle, par exemple selon que la distribution égalitaire se produit à un moment initial ("*starting-gate*" théorie) ou de façon continue. L'égalitarisme tend à envisager la position des groupes et individus de façon relative, privilégiant que ceux-ci occupent des positions similaires, quel que soit le niveau de vie général. En ce sens, il s'oppose clairement à l'utilitarisme présenté ci-après. Dans le domaine des migrations internationales des personnels de santé, la poursuite de l'égalitarisme est susceptible de se traduire de différentes manières. Par exemple, l'objectif d'un accès égal aux soins de santé dans les pays d'origine et de destination peut impliquer une restriction de l'émigration, alors

⁶ De manière générale, cette section s'appuie sur Lamont et Favor (2008).

que du point de vue du personnel de santé aspirant à émigrer, une telle limitation irait à l'encontre du principe d'égalité des chances.

Ensuite, les principes de justice distributive ont également été influencés par la pensée utilitariste. De manière générale, l'utilitarisme prescrit la maximisation du bien-être global, lequel correspond à la somme arithmétique du bien-être de toutes les utilités individuelles. Selon ce principe d'agrégation, c'est donc bien la quantité totale du bien-être qui importe et non sa répartition entre les individus. Dans cette perspective, l'utilitarisme permet le sacrifice de certains dans la mesure où le bien-être général s'en verrait augmenté. Il est à noter que c'est en partie l'argument utilitariste (se combinant aux principes de l'économie néoclassique) qui fonde le libéralisme économique dans la mesure où la maximisation du bien-être global en constitue la visée ultime (Hall 2004: 83). Toutefois, l'utilitarisme, ancré dans la philosophie morale, se présente comme un principe régissant le gouvernement alors que le libéralisme économique suggère au contraire que les objectifs utilitaristes peuvent être atteints de façon optimale par un retrait de l'État. Ainsi, les préceptes du libéralisme économique tendront plutôt à promouvoir une libre circulation des personnels de santé alors que dans sa version plus strictement morale, l'utilitarisme est susceptible d'appeler à une régulation de ces flux.

Mais la théorie de justice distributive la plus discutée ces dernières décennies est sans doute celle formulée par John Rawls en 1971 dans son ouvrage *A theory of Justice*. Deux principes de base sous-tendent son raisonnement : Le principe d'égalité de liberté postule que « *chaque personne a droit à un système pleinement adéquat de libertés de base égales pour tous, compatible avec un même système de liberté pour tous* » alors que selon le principe de différence, « *les inégalités sociales et économiques doivent satisfaire à deux conditions : elles doivent d'abord être attachées à des fonctions et à des positions ouvertes à tous, dans des conditions de juste égalité des chances (principe de réelle égalité des chances) et elles doivent procurer le plus grand bénéfice aux membres les plus désavantagés de la société* ». Dans la pensée de Rawls, le principe de différence est subordonné au principe de réelle égalité des chances, ces deux principes étant eux-mêmes subordonnés au principe d'égalité de liberté. En d'autres termes, cette conception de la justice défend la prééminence de la liberté, l'augmentation réelle des chances de chacun et l'amélioration du sort des plus démunis. Avec le principe de différence, Rawls se préoccupe principalement de la position absolue des groupes et individus plutôt que de leur position relative ; les inégalités sont ainsi considérées comme légitimes dès lors qu'elles apportent aux plus désavantagés de meilleures perspectives. Appliquée aux questions de migrations internationales des personnels de santé, la théorie de Rawls défend tant le droit à la santé, comme condition de base à l'usage de libertés politiques, que le droit des personnels de santé à migrer comme liberté fondamentale des individus. Si l'atteinte à l'un de ces droits va à l'encontre de la conception de la justice exposée par Rawls, il n'en demeurerait pas moins un impératif se présentant à la société mondiale de réduire l'impact des migrations sur les systèmes de santé des pays en développement (Kaelin 2011).

6.3 Quelle application cosmopolite des principes de justice distributive ?

Quelle que soit la conception de la justice distributive embrassée, la question de la portée de ses principes est amenée à être soulevée⁷. En effet, les phénomènes migratoires se définissent précisément par le franchissement de frontières nationales et de ce fait, soulèvent la question de l'application des principes de justice distributive à une échelle internationale. Il s'agit alors de savoir *de qui et vers qui* les biens devraient être redistribués. A l'origine, les principes de justice distributive ont en effet été essentiellement pensés dans un cadre domestique (que nous associerons virtuellement à celui de l'État-nation). Mais depuis une trentaine d'année, les réflexions se sont intensifiées quant à l'extension des principes de justice distributive à l'échelle internationale, questionnant le statut moral des frontières nationales. Au cœur de ces discussions figure le paradoxe se présentant, du moins en apparence, entre l'impartialité fondant le libéralisme et la portée nationale des théories de philosophie politique dites libérales. On peut distinguer principalement trois approches formulées en réponse à ce dilemme. La première est celle du nationalisme. Selon cette perspective, l'impartialité libérale ne s'applique pleinement que dans un contexte national, la préférence accordée aux concitoyens serait légitime car elle est à l'origine des liens communautaires. Cette position s'est déclinée de nombreuses façons, principalement selon la façon dont la conception de la communauté nationale intervient dans l'élaboration de la distinction entre les devoirs moraux envers les concitoyens et les autres personnes. Cet aspect ayant déjà été traité précédemment, nous allons plutôt nous concentrer sur les approches (plus) cosmopolites discutant directement les principes de justice distributive à l'échelle internationale. Caney (2001: 975) distingue les versions forte et faible de l'affirmation de principes internationaux d'une justice distributive. Dans la version faible, des obligations de justice distributive prévalent pour certains mais pas tous ceux vivant à l'extérieur des frontières. La justice sera alors de portée internationale. La version forte suppose une justice distributive s'appliquant à tout le monde. On peut dès lors parler de justice distributive globale.

L'une des premières approches cosmopolites au sein de la philosophie politique contemporaine est celle dite du développementalisme, notamment incarnée par Peter Singer dans les années 1970. Celui-ci se préoccupe de manière générale des questions de sous-développement mais plus particulièrement des famines sévissant dans les pays du tiers-monde. Partant du postulat peu contestable que les souffrances et décès liés au manque de nourriture, d'abri ou de soins médicaux sont maux, il affirme que « *s'il est en notre pouvoir de prévenir une situation fâcheuse, sans pour autant sacrifier quoi que ce soit d'une importance morale comparable, nous devons alors, d'un point de vue*

⁷ Pour la section ayant trait aux questions de justice internationale et sauf mention contraire, nous nous appuyons sur Blake (2008).

moral, le faire » (Singer 1972). Ce principe intitulé « règle de prévention » comporte d'importantes implications financières en terme d'aide à la population menacée de famine. Singer ne considère pas une telle assistance comme de la charité et encore moins comme optionnelle mais bien comme un devoir moral. Le message de Singer est clair : il devrait être fait plus pour lutter contre la famine et les autres fléaux. Toutefois, au-delà des impératifs moraux liés au sous-développement, Singer laisse la question de la portée des devoirs moraux envers les non-citoyens ouverte à discussion. Une telle perspective formule ainsi une injonction de remédier au manque de personnel de santé dans les pays en développement mais ne donne pas de directives spécifiques quant à la manière de procéder.

Nous abordons alors la perspective des philosophes cosmopolites rawlsiens. Ces derniers se refusent à effectuer une différenciation entre les citoyens et les étrangers et défendent une conception mondiale de la théorie libérale de la justice élaborée par Rawls. Le principe de différence prend particulièrement une nouvelle dimension puisque dans cette perspective, les inégalités se justifient lorsqu'elles permettent l'amélioration de la condition des plus démunis dans le monde. Or, la théorie élaborée par Rawls ne s'applique pas de façon indéterminée à toute forme de relations sociales. Il conçoit une structure de base de la société au sein de laquelle les « *institutions sociales les plus importantes répartissent les droits et devoirs fondamentaux et déterminent la répartition des avantages tirés de la coopération sociale* ». De fait, c'est bien au sein des États-nations que l'on retrouve de telles relations. Afin de justifier son raisonnement, Rawls postule que les sociétés en question sont autosuffisantes. Examinons alors la façon dont le concept de structure de base tel qu'entendu par Rawls a été remis en question par deux cosmopolites rawlsiens, Beitz et Pogges, afin de construire leur thèse cosmopolite. Contrairement au postulat énoncé par Rawls, tous deux constatent l'existence de pratiques de coopération internationale, que celles-ci soient d'ordre économique, commercial ou culturel. Dès lors, il serait justifié d'envisager cet ordre global comme un seul système social et d'appliquer la théorie de la justice de façon globale. Assimilés à des pratiques de coopération internationale, les phénomènes migratoires ainsi que les pratiques de recrutement international appuieraient ainsi une conception mondiale de la justice. Les critiques formulées à l'encontre de ces approches sont diverses mais renvoient essentiellement à la question des institutions. Par exemple, des difficultés se posent en terme de légitimité. Il est en effet difficile pour l'État de justifier auprès de sa population que seule celle-ci soit soumise à l'exercice d'une autorité contraignante alors que les principes de justice distributive bénéficieraient également aux étrangers. Une réponse possible à cette critique consiste à développer des institutions globales, celles-ci prenant par exemple la forme d'un système fédéraliste, voire d'un gouvernement mondial. Mais dans ce cas, c'est la mission d'énoncer des principes de justice applicables au monde institutionnel dans lequel nous vivons qui n'est pas remplie.

Les débats passés en revue ci-dessus concernant l'extension des principes de justice distributive à l'échelle internationale reposent sur un constat de départ, celui de l'inégal accès aux

ressources et opportunités selon le lieu de naissance des individus. Les notions de « lieu de bonne fortune » (Smith 2000) ou de « chance à la naissance » (Weiner 1996: 172) visent à exprimer la dimension arbitraire des inégalités régissant les conditions de départ auxquelles chaque individu est soumis ainsi que l'injustice caractérisant ces inégalités. Cette inégalité d'accès aux ressources soulève alors la question de la possibilité pour les personnes désavantagées de chercher de meilleures opportunités ailleurs, autrement dit, de migrer. Mais dès lors que cette recherche d'opportunités meilleures implique des migrations d'envergure internationale, les principes de justice distributive se trouvent questionnés de façon particulièrement accrue. A présent, nous allons donc nous intéresser à la façon dont les chercheurs en sciences sociales, s'inspirant de la philosophie politique, ont articulé les migrations internationales avec les problématiques de justice internationale.

6.4 Migrations internationales et enjeux de justice distributive

Avant toute chose, il convient de préciser que nous n'aborderons pas ici le cas des déplacements de réfugiés. Les réfugiés politiques auraient en premier lieu un besoin de protection, cette dernière n'étant plus assurée par leur État d'origine, et en ce sens, soulèvent des questions distinctes de justice internationale (Ruhs and Chang 2004: 71; Seglow 2005: 318; Ypi 2008: 411). Nous concentrerons donc notre discussion conceptuelle sur la migration du travail, dite « économique », tout en étant conscients que dans les faits, ces deux catégories de migrants ne sont pas nécessairement exclusives. Nous distinguons et abordons deux thématiques relatives au nexus « migrations internationales et justice distributive ». Premièrement, il s'agit de préciser les fondements du principe de liberté de migrer, tel qu'il est susceptible d'être mobilisé pour défendre le droit des personnels de santé à quitter leur pays pour exercer leur activité professionnelle dans un autre. La seconde thématique nous renvoie aux principes de redistribution dans le contexte des migrations internationales et nous permet ainsi de voir de quelles manières les questions d'accès aux soins de santé dans les pays d'origine sont susceptibles d'être envisagées au sein d'une société mondiale.

6.4.1 Liberté de migrer

Depuis quelques temps, on assiste à l'émergence d'un programme de recherche sur l'éthique de l'immigration. Le débat oppose principalement les tenants d'une ouverture des frontières et les partisans d'un contrôle (SEGLOW, 2005 :317). Un premier argument en faveur d'une ouverture des frontières consiste à énoncer un droit à la liberté de mouvement. Pour Nett, (in Black 1996: 67), la migration, en tant que recherche d'opportunités égales et dans la mesure où elle permet de supprimer les inégalités liées au « lieu de bonne fortune », pourrait ainsi être considérée comme un droit humain de base. Un autre registre de justification à la revendication d'un droit à (im)migrer repose sur

l'analogie entre le droit à l'émigration et le droit à l'immigration, argumentant que le droit à l'émigration, a priori largement admis, n'a de sens que s'il s'accompagne d'un droit à l'immigration (pour une discussion détaillée de cette analogie, voir notamment Cole 2000; Ypi 2008). Toutefois, de nombreuses objections ont été formulées à l'encontre du droit à l'immigration, la plupart mettant en avant la prééminence de la souveraineté nationale. Il a également été relevé que de nombreux droits sont conditionnels par nature et de la même manière que pour réaliser son droit au mariage il est nécessaire de trouver une personne acceptant cette union, le droit de migrer pourrait être conditionné à la possibilité de trouver un État hôte (Seglow 2005: 326).

6.4.2 Migration et principes de redistribution

Défendant une posture de réalisme politique et constatant le faible poids d'un argument basé sur le droit de migrer, comme en témoigne par ailleurs l'attitude de fermeture des gouvernements européens, Black (1996: 66), rejoint notamment par Bader (2005: 341) et Seglow (2005: 326), propose plutôt de se concentrer sur les notions de justice sociale lors du traitement politique des questions migratoires.

Poursuivant avec notre fil rouge qu'est la position morale vis-à-vis des non-citoyens, qu'ils soient migrants ou citoyens des pays d'origine, nous allons étudier les implications politiques des différents positionnements moraux exposés par les auteurs. Nous verrons notamment que, si à première vue, le débat s'articule autour de la seule question de la désirabilité de l'ouverture des frontières et de l'admission de migrants, les enjeux politiques discutés vont en fait largement au-delà de ce cadre.

6.4.3 L'argument utilitariste en faveur d'une ouverture des frontières

Les auteurs soutenant une ouverture des frontières se sont notamment inscrits dans une lignée utilitariste. Seglow (2005: 326) résume cette logique argumentative de la façon suivante : Les migrants économiques fuient la pauvreté et le manque d'opportunités dans leur pays d'origine et se dirigent vers des pays où leurs compétences peuvent être mieux utilisées et où ils percevront des salaires plus élevés ; ils sont motivés à travailler, souvent employés dans des secteurs dont les nationaux se détournent, certains lancent leur propre entreprise et créent ainsi de la richesse et des emplois, tous constituent de nouveaux consommateurs, les migrants hautement qualifiés profitent particulièrement au pays de destination et les transferts de fonds envoyés par les migrants constituent de substantielles contributions financières pour les pays d'origine. Notons que selon cet argument cosmopolite, il s'agit ici de prendre en considération tant les effets pour les populations des pays d'origine et de destination que pour les migrants. Or, l'idée selon laquelle les migrations internationales permettraient d'accroître l'efficacité globale (généralement mais pas uniquement entendue dans le sens de revenu global) a été

contestée à de multiples égards. Il est notamment relevé que les bénéfices apportés par l'ouverture des frontières seraient inégalement répartis car ceux qui peuvent se permettre de migrer ne sont généralement pas les plus démunis, que l'émigration pourrait conduire à un phénomène de fuite des cerveaux, ce qui tendrait à aggraver la situation des plus démunis restés derrière ou que les transferts de fonds ne profiteraient pas nécessairement à ceux en ayant le plus besoin (Bader 2005: 326-327; Seglow 2005). De manière générale, ces questions sont discutées dans le cadre du débat sur la relation entre migrations et développement (voir notamment Hermele 1997; de Haas 2008; Skeldon 2008). Avec prudence, nous concluons de ces discussions que les migrations comportent tant des avantages que des inconvénients, lesquels affectent de façon différenciée les groupes de population au sein des pays d'origine, de destination mais aussi les migrants eux-mêmes. Selon le type d'avantage ou d'inconvénient qui est mis en avant, les migrations internationales des personnels de santé sont ainsi tant susceptibles d'être encouragées que réfrénées.

6.4.4 L'argument nationaliste appuyant un contrôle des frontières

Examinons à présent les motifs généralement invoqués afin de justifier une fermeture des frontières. Incarnant cette approche particulariste, Walzer estime par exemple qu'afin de distribuer de façon juste les biens sociaux à leurs membres, les communautés politiques disposent d'un droit de fermeture. Dans cette perspective, le principe de souveraineté nationale prime sur celui de justice globale (Walzer in Seglow 2005: 319-320). Cette approche, reposant sur l'idée d'une communauté politique délimitée dont certains sont membres et d'autres non, est appuyée par deux arguments : L'argument communautaire postule que les États ont pour mission de protéger leur culture, entendue au sens d'arrangement historique de valeurs, traditions et pratiques particulières. L'argument d'association démocratique consiste quant à lui à formuler une analogie entre l'État et les associations dont la caractéristique première serait la liberté d'être quittées mais pas d'être jointes. De manière générale, de multiples arguments s'inscrivant dans des registres tant moraux qu'éthiques ou politiques ont été évoqués afin de justifier une fermeture des frontières. Bader (2005: 344-352) les passe en revue et recense le principe de priorité morale accordée aux compatriotes, l'idée selon laquelle les droits civiques et démocratiques ainsi que les prestations sociales ne pourraient être garantis que par des frontières fermées et la volonté de protéger une culture ethno-nationale.

Il faut toutefois relever que si le principe de souveraineté nationale a le plus souvent été mobilisé afin de justifier une fermeture des frontières, il n'a par contre généralement pas été avancé dans une optique d'ouverture de ces frontières à un type particulier de migrants. Dès lors, la pertinence des arguments communautaristes comme fondements du recrutement international pourrait être mise en cause. Toutefois, dans la mesure où la perspective nationaliste est certainement encore fortement ancrée dans la manière qu'ont les gouvernements nationaux d'envisager les questions de migrations internationales, il paraît utile d'en préciser les implications vis-à-vis des non-citoyens. En effet,

comme exposé précédemment, les auteurs défendant la souveraineté nationale en matière d'immigration, ne sont généralement pas pour autant complètement insensibles aux intérêts des non-citoyens. Par contre, la prise en considération de ces besoins ne se traduit pas pour ceux-ci par la recommandation d'accueillir des immigrants. En fait, à partir des limites présentées dans les approches nationalistes et cosmopolites, une certaine position commune semble pouvoir être dégagée concernant la position morale vis-à-vis des non-citoyens.

6.4.5 La ligne commune entre cosmopolites et nationalistes en matière de migrations

Afin de décrire les devoirs moraux existants envers les étrangers avec lesquels aucune forme de coopération n'est entretenue, Walzer propose le principe d'aide mutuelle (1997: 63). Il explique ainsi « *qu'une assistance positive est requise si 1° L'une des parties en a besoin ou en a besoin de façon urgente et 2° si les risques et les coûts qui vont de pair avec cette assistance sont relativement faibles pour l'autre partie* » (1997: 64). La question a alors été de savoir dans quelle mesure ce principe d'aide mutuelle justifierait l'admission d'étrangers venus de pays plus pauvres. Tout en soulignant l'absence de critères bien établis régissant le principe d'aide mutuelle, Walzer admet une certaine obligation morale à l'ouverture des frontières. Toutefois, comme le relève également Black (1996: 68), Walzer suggère néanmoins que le principe d'aide mutuelle est plus susceptible d'être accompli par l'exportation de richesses que par l'importation de citoyens. Selon une approche communautaire telle qu'interprétée par Black (1996: 71), une politique migratoire progressiste devrait ainsi notamment envisager de développer une politique extérieure d'aide comme alternative à l'admission de migrations à grande échelle des pauvres du monde.

Il est intéressant de noter que suivant un raisonnement cosmopolite, on est susceptible d'aboutir à de semblables recommandations. Afin d'exposer ce cheminement, Bader (2005: 341-344) prend comme point de départ les obligations morale globales (OGM) auxquelles pourraient être tenus les États. Celles-ci peuvent être distinguées selon qu'elles visent la réduction de la pauvreté ou des inégalités dans le monde. Dans ce contexte, la fermeture des frontières ne serait moralement défendable que dans la mesure où les États rempliraient leurs obligations morales minimales. Bader résume l'argument de la façon suivante : “*Open your wallets or open your borders*”.

Ainsi, tant les approches nationalistes que cosmopolites mettent en relation le versement d'une aide aux plus défavorisés avec l'admission de migrants. De plus, les deux approches privilégient une forme de redistribution internationale des ressources à un accueil massif de migrants. Ces conclusions doivent toutefois être adaptées aux cas spécifique des migrations internationales des personnels de santé puisque comme il l'a été exposé précédemment, l'accueil de migrants n'est pas envisagé ici comme soulageant un fardeau de pauvreté dans les pays d'origine mais bien comme aggravant celui-

ci. Dans ce contexte, on pourrait envisager que le versement d'une aide s'associe plutôt à l'accueil de personnels de santé migrants.

6.4.6 La responsabilité au-delà de la bienfaisance avec l'approche relationnelle

En dernier lieu, nous souhaitons examiner une ligne argumentative distincte de celles abordées jusqu'à présent. En effet, tant les cosmopolites que les nationalistes tendent à s'appuyer sur le principe de bienfaisance⁸ pour justifier la considération morale qu'ils accordent aux non-citoyens. Afin de justifier les obligations envers les non-citoyens, Miller (2011) propose quant à lui une approche que nous qualifierons de relationnelle. Selon cette perspective, il existe en premier lieu un devoir d'éviter de tirer profit des habitants de pays en développement⁹. L'argument se concentre donc, non pas sur le niveau de pauvreté des pays étrangers, mais plutôt sur la mesure dans laquelle la relation entre deux pays est de nature exploitante et abusive. Miller envisage de multiples formes d'interactions globales impliquant selon lui différents degrés d'abus de pouvoir. Il mentionne par exemple la production internationale et l'exploitation des travailleurs, les effets involontaires de l'activité économique tels que les nuisances portées au climat ou de façon plus extrême, la conduite qualifiée d'impériale de certains États s'immisçant directement dans l'existence de citoyens de pays étrangers. Ainsi, ce serait parce que des conduites émanant de pays développés ont une incidence sur l'existence dans les pays en développement que les premiers auraient des obligations envers les seconds. Plus précisément, il va dès lors être question de *responsabilités* envers ces pays et leur population, ce terme marquant la distance prise avec les obligations découlant de principes de bienfaisance. Selon Miller, cette approche permettrait de concilier les aspirations cosmopolites et nationalistes en ce sens qu'elle allie les demandes d'aide aux non-citoyens les plus démunis formulées par les premiers tout en intégrant l'idée particulariste à laquelle sont attachés les seconds et selon laquelle les obligations politiques seraient le reflet de relations spécifiques.

De fait, cet argument de la responsabilité se retrouve chez d'autres auteurs, même s'ils n'endossent pas explicitement une approche relationnelle (voir par exemple Bader 2005: 343; Seglow 2005: 319; Kapur and McHale 2006: 318). Par exemple, lorsque Bader (2005: 343) expose sa conception des inégalités mondiales, il mentionne la relation causale qui existerait entre la richesse des uns et la pauvreté des autres. Il mentionne notamment le fait que l'histoire des conquêtes, du colonialisme et de l'impérialisme constituerait un facteur explicatif des positions de départ

⁸ En théorie de l'éthique, le terme *bienfaisance* revêt une signification très générale ayant trait à toute forme d'action visant à promouvoir le bien d'autrui ; il se réfère plus précisément aux actes de compassion, de bonté et de charité et évoque, l'altruisme, l'amour, l'humanité et la promotion du bien d'autrui. (définition adaptée de Beauchamp Fall 2008 Edition)

⁹ Afin de faciliter la lecture, Miller emploie la terminologie « pays développés » et « pays en développement » dans l'ensemble de son texte. Il souligne toutefois la grande variété de situations recouvertes par ces expressions et précise le sens qu'il leur attribue : « developing countries refer to countries with a substantial proportion of inhabitants who are hard-pressed to meet urgent material needs with a technology of production which has long, as a whole, been significantly behind the world's most advanced. » (Miller 2011: 9)

différenciées entre les plus nantis et les plus démunis, ce qui impliquerait d'importantes revendications morales pour des restitutions. On retrouve également l'idée de responsabilité avec Kapur et McHale (2006: 318), lorsque ceux-ci abordent la question de la fuite des cerveaux et affirment que les pays développés nuisent aux efforts de développement institutionnel et de la lutte contre la pauvreté des pays en développement en y recrutant activement les professionnels hautement qualifiés. Notons que dans ce cas également, la mise en évidence d'une relation de causalité entre les pratiques des pays les plus riches et la condition des pays les plus pauvres est susceptible de s'accompagner de demandes de compensations.

Il est intéressant de relever qu'un lien peut ici être établi avec le courant de recherche initié dans le domaine des géographies des responsabilités. Depuis le début des années 2000, on observe en effet un « tournant moral » s'exprimant par un intérêt croissant de la part géographes pour la théorie éthique et la philosophie morale (Barnett and Land 2007: 2). Dans ce cadre, Robinson, Rose and Barnett affirment que *“one aspect of the relationship between people and places in a globalised world is the demands for action and interaction that can now circulate around the world”* (Barnett et al 2008: 1). Plus particulièrement, les auteurs développent l'idée selon laquelle le phénomène de la globalisation est caractérisé par l'élaboration de nouvelles formes de proximité rapprochant d'« autres distants» ainsi que des lieux éloignés.

Alors qu'une approche philosophique permet d'élaborer les fondements moraux de l'appel à la prise de responsabilité des pays les plus riches, les géographes ont pour leur part plutôt œuvré à la mise en évidence de ces chaînes de causalité, traçant les géographies des conséquences (prévues ou non) des actions initiées dans un lieu donné par un acteur donné. Il sera alors intéressant de voir dans quelle mesure une telle géographie des responsabilités a pu être retracée dans le cadre du débat international sur les migrations des personnels de santé, et si des impératifs moraux en ont découlé.

7. LA GOUVERNEMENTALITÉ COMME ANALYSE DU POUVOIR POLITIQUE

Afin d'appréhender le mode de redistribution des tâches et actions entre les différents types d'autorités qui sous-tend le code de pratique de l'OMS, nous développons à présent notre deuxième cadre d'analyse, lequel s'articule autour du concept de gouvernementalité. Nous verrons dans un premier temps que si ce concept a initialement été développé afin de rendre compte des formes spécifiques d'exercice du pouvoir dans le contexte de libéralisme économique, il a également été plus récemment appliqué au domaine international et notamment aux questions de migrations transfrontalières. Dans un deuxième temps, nous présenterons les outils analytiques propres à la problématique du gouvernement. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur Foucault qui, le premier, a formulé le concept mais aussi sur des auteurs tels que Rose ou Dean, s'inscrivant dans la perspective

ouverte par Foucault et développant plus avant ses idées en les appliquant à des objets d'études contemporains.

7.1 Introduction au concept de gouvernementalité

Foucault introduit le terme de *gouvernementalité* dans le cours donné au Collège de France en 1978 intitulé *Sécurité, Territoire et Population*. Dans un premier temps, il peut être conçu comme permettant de rendre compte de l'aboutissement d'un processus historique correspondant à la généalogie de l'État. Ainsi pour Foucault (2004: 112), la gouvernementalité peut notamment être entendue comme « *le résultat du processus par lequel l'État de justice du Moyen Âge, devenu aux XVe et XVIe siècles l'État administratif, s'est trouvé petit à petit gouvernementalisé* ». Le passage dans le courant du 20^{ème} siècle de l'État administratif à l'État de gouvernement se caractériserait de façon cruciale par un déplacement de l'objet du gouvernement. Alors que le premier était essentiellement défini par son territoire, sur lequel il exerçait son pouvoir par la pratique de la souveraineté, le second est fondamentalement défini par sa population. Foucault explique notamment cette évolution par des phénomènes tels que l'expansion démographique, l'augmentation importante de l'agriculture, l'abondance monétaire ou les épidémies, autant de phénomènes renvoyant à la « population ». Ainsi, la population, « *sujet de besoins, d'aspirations, mais aussi objet entre les mains du gouvernement* » (Foucault, Senellart et al. 2004: 109), est devenue simultanément la visée et l'instrument du gouvernement. Afin de désigner la population en tant qu'objet construit par la gestion politique, Foucault élabore d'ailleurs le terme de *biopolitique* (Foucault, Senellart et al. 2004). A cet égard, la gestion des migrations internationales des personnels de santé serait à double titre emblématique de la biopolitique puisque tant les personnels de santé que les populations des pays d'origine seraient visés par l'action du gouvernement.

Nous nous intéressons particulièrement à la façon dont l'État est envisagé selon cette approche. En fait, la gouvernementalité est un concept analytique considérant le gouvernement comme une forme de pouvoir. En se voyant adjoindre de plus en plus de prérogatives sur la population, il est ainsi dit que l'État s'est gouvernementalisé. L'État est ainsi vu comme une manière de gouverner, un type spécifique de gouvernementalité et donc d'exercice du pouvoir.

Un autre aspect particulièrement important de l'État du gouvernement est le rôle joué par le savoir. Pour Foucault, le gouvernement ne se base effectivement pas sur des relations de domination mais sur la légitimité du savoir. A cet égard, la statistique constitue une forme essentielle, voire primaire de savoir puisque « *étymologiquement, (la statistique) c'est la connaissance de l'État, la connaissance des forces et des ressources qui caractérisent un État à un moment donné* » (Foucault, Senellart et al. 2004: 280). Plus précisément, Foucault considère qu'une forme particulière de savoir,

l'économie politique, est liée à l'État de gouvernement. Mettant en relation, non seulement le territoire et la richesse mais également sa population, l'essor de l'économie politique aurait permis un type d'intervention caractéristique de l'État de gouvernement, à savoir les interventions dans le champs de l'économie et de la population (Foucault, Senellart et al. 2004: 109). Car selon Foucault, c'est bien à travers les pratiques du gouvernement, lesquelles s'appuient justement sur le savoir de l'État, qu'il est possible de distinguer le privé du public, l'étatique du non-étatique. L'État en tant que tel ne serait qu'une abstraction mythifiée mais à travers ses pratiques, il serait possible de percevoir la façon dont il œuvre constamment à la (re)définition des aspects du gouvernement étant de sa compétence (Foucault, Senellart et al. 2004: 112-113).

7.1.1 Les différents types de gouvernementalité

Dans le cours donné au Collège de France en 1979 intitulé *Naissance de la biopolitique*, Foucault nous explique qu'à partir de la moitié du XVIIIème siècle, ces pratiques vont s'inscrire dans un nouvel art de gouverner qu'il qualifie de libéral. Celui-ci consiste en fait à gouverner le moins possible, d'où le recours aux expressions de gouvernement frugal ou de gouvernement auto-limité. Cette évolution s'expliquerait en premier lieu par le fait que le marché, traditionnellement objet privilégié de l'intervention gouvernementale, serait devenu un lieu de vérité. C'est-à-dire que le marché, initialement conçu comme un lieu au sein duquel la justice devrait être assurée à travers des réglementations (lieu de juridiction), est progressivement conçu comme obéissant à des lois naturelles, des mécanismes spontanés que l'intervention du gouvernement ne pourrait que dénaturer. Ainsi le gouvernement, pour être qualifié de bon, devrait agir conformément à la réalité dictée par le marché. Constatant le dilemme induit entre une paralysie du gouvernement et l'étouffement de ce lieu de vérité qu'est le marché, Foucault énonce les deux types de réponses apparues historiquement et correspondant à deux conceptions distinctes de la liberté. La première conçoit la liberté en relation avec les droits de l'homme et consiste à partir des droits fondamentaux afin de délimiter l'action gouvernementale. C'est la voie dite révolutionnaire française. Quant à la seconde voie, celle-ci correspondrait à l'utilitarisme tel que pensé dans le cadre du radicalisme anglais. Il s'agirait, sur la base de la vérité édictée par le marché, d'identifier les domaines dans lesquels il serait inutile, voire absurde d'intervenir. En d'autres termes, la sphère de compétence gouvernementale serait définie par les frontières de l'utilité de l'intervention. La liberté est alors entendue, non pas comme un droit fondamental, mais comme l'indépendance des gouvernés. Selon Foucault, si ces deux conceptions de la liberté peuvent tout à fait être connectées, le principe d'utilité restera un critère majeur dans la limitation de l'intervention publique. La raison gouvernementale libérale consiste donc essentiellement à produire et organiser cette liberté. En ce sens, libéralisme et interventionnisme sont étroitement liés puisqu'il s'agit pour l'État d'intervenir sur le plan économique afin de garantir les libertés économiques. Pour Foucault (2004: 65) : « *il faut d'une main produire la liberté, mais ce geste*

même implique que, de l'autre, on établit des limitations, des contrôles, des coercitions, des obligations appuyées sur des menaces, etc. ». En termes de gouvernement des migrations internationales des personnels de santé, une telle approche consisterait donc essentiellement à faciliter une libre circulation des agents de santé.

C'est également la rationalité libérale qui va sous-tendre le développement de l'État providence, tel qu'il apparaît dès les années 30, en tant que pratique de gouvernement caractérisé par un interventionnisme politique telles que les nationalisations, la planification, l'administration, etc. Pour sa part, Foucault a surtout associé le développement de l'État providence à un déploiement du biopouvoir, soit une façon de gérer la population et d'accroître la sécurité, voyant les services sociaux comme autant de dispositifs disciplinaires ou associant les réformes humanistes à des régimes de surveillance panoptiques (in Fraser 2003: 192). Rose et Miller parlent eux de *welfarism* pour évoquer la rationalité politique qui sous-tend l'établissement de l'État providence. Celle-ci serait caractérisée par la volonté d'encourager la croissance nationale ainsi que le bien-être par la promotion de la responsabilité sociale ainsi que par la mutualité des risques. Selon ces derniers, "*the key innovations of « welfarism » lay in the attempt to link the fiscal, calculative and bureaucratic capacities of the apparatus of state to the government of social life*" (Rose and Miller 2010: 192). Les auteurs mentionnent trois caractéristiques de l'État providence. Premièrement et principalement en lien avec l'instauration d'un système d'assurances sociales, la relation du citoyen aux pouvoirs publics se voit transformée. Intégré dans des relations d'obligations mutuelles où chaque partie a ses droits et obligations, le citoyen acquiert une forme morale et la citoyenneté se voit connotée de l'idée de responsabilité. C'est d'ailleurs certainement là l'une des expressions les plus manifestes de la rationalité libérale au sein du *welfarism*. Deuxièmement, la politisation du social a été suivie par une technicisation des domaines abordés, suggérant quelque peu paradoxalement une forme de dépolitisation. C'est-à-dire que les problèmes politiques sont devenus des affaires techniques et administratives nécessitant le recours à une expertise professionnelle d'apparence neutre et objective. Enfin, Rose et Miller précisent que le *welfarism* ne consiste pas tant en une mainmise de l'appareil d'État sur le social qu'en une mise en connexion de l'État avec les multiples programmes et schèmes préexistants agissant sur le social (organisations caritatives, professionnelles, etc.). Selon les auteurs, le domaine de la santé illustrerait particulièrement bien les difficultés à gouverner un domaine sur lequel de multiples acteurs clament un pouvoir discrétionnaire en raison de leur expertise professionnelle ou bureaucratique. A cet égard, la disponibilité d'informations permettant de transformer le secteur de la santé en un univers calculable se prêtant à une gestion rationnelle et efficace constituerait une difficulté récurrente.

A partir de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, Foucault perçoit l'avènement d'une nouvelle forme de rationalité, le néolibéralisme. Contrairement à une idée répandue, le néolibéralisme ne constituerait pas un prolongement de la pensée libérale, lequel signifierait un retrait pur et simple de

l'État. En fait, une ligne de rupture essentielle peut être relevée entre le libéralisme et le néolibéralisme. Selon les termes de Brown (2004), le néo-libéralisme est un projet constructiviste. Pour lui, la stricte application de la rationalité économique à tous les domaines de la société n'est pas une donnée ontologique ; il œuvre donc (comme on va le voir) au développement, à la diffusion et à l'institutionnalisation de cette rationalité ». Ainsi, si le libéralisme pouvait être considéré comme une ontologie, les lois du marchés étant jugées comme naturelles, le néo-libéralisme peut être décrit comme plus normatif, oeuvrant à la diffusion et au développement de la rationalité néo-libérale, laquelle repose essentiellement sur la logique de marché et son principe phare, la concurrence. A l'inverse de l'idée de *laissez-faire*, il appartient dès lors à l'État de mettre en place les conditions permettant à la logique de marché de s'accomplir et la croissance économique devient le critère de légitimité de l'État. Qui plus est, l'État lui-même intègre la logique de marché et est amené à se comporter de plus en plus comme une entreprise, d'où l'expression « État entrepreneurial ». Mais dans le cadre de la rationalité néo-libérale, la concurrence apparaît également comme un principe régulateur fondamental des comportements sociaux individuels avec la fabrique d'un sujet néo-libéral. Il s'agit ici d'amener les individus à se comporter en *homo oeconomicus*, c'est-à-dire en créatures rationnelles et calculatrices cherchant à maximiser leur intérêt. Le corollaire de cette évolution est l'injonction à l'autonomie et à la responsabilisation de soi : « *l'individu qui calcule rationnellement assume l'entière responsabilité des conséquences de ses actes, quelles que soient les circonstances de ces actes* » (Brown 2004). Comme nous le verrons ci-après, la logique néo-libérale est donc également susceptible d'être appliquée aux (personnels de santé) migrants.

7.2 Gouvernamentalité et migrations internationales des personnels de santé

En vue de saisir les rationalités politiques qui sous-tendent le traitement des migrations internationales des personnels de santé, on peut, sur la base des caractéristiques observées du code de pratique de l'OMS, s'inspirer de différents champs de recherche s'appuyant sur le concept de gouvernamentalité. Premièrement, l'idée de gouvernamentalité globale permet de dépasser le nationalisme méthodologique ayant prévalu dans les études sur la gouvernamentalité et d'envisager l'étude d'un objet politique conçu de façon internationale. Deuxièmement, le code de pratique de l'OMS étant en premier lieu concerné par la situation des pays les plus défavorisés, nous nous intéresserons aux différentes rationalités politiques ayant eu cours dans le domaine du développement. Et c'est finalement la composante migratoire du phénomène que nous envisagerons et dont nous analyserons la rationalité politique.

7.2.1 Gouvernementalité globale

Dans leur ouvrage *global governmentality* paru en 2004, Larner et Walters relèvent que les recherches sur la gouvernementalité, qu'elles soient menées par Foucault ou par ses héritiers, ont la plupart du temps eu une orientation domestique (4-5). Malgré cette prédominance des analyses situées au niveau de l'État-nation, certains auteurs se sont appliqués à penser les relations de pouvoir à l'échelle internationale à travers le concept de gouvernementalité. Selon Larner et Walters, ces recherches, réunies sous l'appellation gouvernementalité globale, se distinguent principalement des études sur la globalisation du point de vue de la démarche adoptée (2004: 16). D'un côté, ces dernières visent à rendre compte, des processus, acteurs, politiques et événements particuliers mettant en évidence la façon dont différents types de flux, mobilités et réseaux bouleversent un « ordre national des choses ». D'un autre côté, avec la gouvernementalité globale, il ne s'agit pas tant de s'intéresser aux forces réelles entraînant une supposée globalisation mais d'examiner la façon dont s'est constituée une imagination politique globale. A cet égard, l'inscription dans la pensée d'une réalité dit globale serait liée à l'acte (fondateur) de désigner telle ou telle force comme globale, constituant celles-ci comme des formes spécifiques de territorialisation. En d'autres termes, il s'agit « d'interroger la rationalité politique du « global » et de la situer dans un espace plus large de territorialisation ». En fait, sous l'appellation « gouvernementalité globale », Larner et Walters, entendent toutes les rationalités politiques et technologies de l'impérialisme, de l'internationalisme, du cosmopolitisme, etc. (2004: 2). Il est alors utile de clairement distinguer les concepts de gouvernementalité globale et de cosmopolitisme et de spécifier le statut distinct de ces concepts au sein de cette recherche. Le concept de cosmopolitisme est ici principalement mobilisé dans son acception morale, en tant que conception internationale des principes de justice distributive et comme étant susceptible de fonder l'imagination politique globale. Le concept de gouvernementalité globale englobe alors l'ensemble des pratiques, discours et technologies, tels que le Code de pratique de l'OMS, qui, sur la base d'une imagination politique donnée, ont pour but la gestion des populations et des sociétés sur un terrain global.

Par ailleurs, le concept de gouvernementalité globale peut également être caractérisé par la façon dont il se distingue de celui de gouvernance globale. Les deux concepts partageraient le constat d'une importance croissante des régulations supra-étatiques, de la coordination politique entre États ou du rôle des acteurs non-étatiques avec l'émergence d'une « société civile mondiale » (Larner and Walters 2004: 16). Mais, alors que la gouvernance peut-être conçue comme l'adaptation fonctionnelle en réponse à l'émergence de nouvelles questions politiques, la théorie de la gouvernementalité met elle l'accent sur les changements de rationalité politique et des formes de problématisation informant la décision politique (Merlingen 2011: 156). Par exemple, le rôle des acteurs non-étatiques dans la définition et la conduites de fonction de gouvernance ne découlerait pas d'un simple transfert de pouvoir de l'État vers des acteurs non-étatiques, mais bien d'un changement de rationalité politique à

travers lequel la société civile passerait d'un objet du gouvernement à une entité étant objet et sujet du gouvernement (Sending and Neumann 2006: 652). Dans l'idée de gouvernementalité globale, la gouvernance globale apparaît donc plus comme une technologie de la règle spécifique s'inscrivant dans le prolongement de la pensée politique libérale (Larner and Walters 2004: 17). Une telle distinction nous permet ainsi d'envisager le code de pratique, non pas comme un instrument soustrayant le pouvoir aux États au bénéfice d'une autorité mondiale, mais plutôt comme une technique transférant la responsabilité d'application de ses principes auprès d'une vaste gamme d'acteurs.

Plus spécifiquement, la réflexion sur la gouvernementalité néolibérale a également été portée à l'échelle internationale. S'appuyant sur Hindess, Andrijasevic et Walters abordent le néolibéralisme, « *non pas comme un mode de gouvernement des sociétés nationales mais comme un art de gouverner l'international* » (2012: 23). Pour ces auteurs, de la même manière que le néolibéralisme, dans un contexte national, gouverne à travers la fabrication de sujets néolibéraux, c'est-à-dire d'individus autonomes, compétitifs et responsabilisés, le néolibéralisme international reposerait sur la division du monde en États juridiquement indépendants. Reprenant les termes de Hardt et Negri, ils considèrent ainsi que « *l'ordre global émergent dépend en réalité de la capacité des États territoriaux à gouverner leur propre population. La promotion de la démocratie, de la bonne gouvernance et des droits de l'Homme par les agences internationales de développement et les institutions financières est conçue pour renforcer davantage ces capacités* » (2012: 24).

L'approche de la gouvernementalité globale nous permet ainsi de dépasser le dilemme consistant à opposer un gouvernement global en tant que « *régime de pouvoir entièrement neuf opérant à un niveau global, quelque part « au-delà » du monde des États* » à une conception du monde comme composé d'États-nations souverains, autonomes et indépendants. Hindess, Andrijasevic et Walters abordent le néolibéralisme, « *non pas comme un mode de gouvernement des sociétés nationales mais comme un art de gouverner l'international* » (2012: 23).

7.2.2 Gouvernementalité et développement

Afin d'aborder la seconde composante de notre objet d'étude, les migrations internationales des personnels de santé, il nous paraît maintenant utile d'aborder la rationalité politique liée au domaine du développement. Dans ce but, Ilcan et Phillips (2010: 847) formulent l'expression *developmentalities* qu'ils définissent comme "*the form of representation of the field of development, the organizations and agencies to be considered in governing this field, the techniques and practices to be used, and the objectives to be achieved*". En substance, le développement renverrait selon Cooper et Packard (1998: 1) à l'idée que "*the alleviation of poverty would not occur simply by self-regulating processes of economic growth or social change. It required a concerted intervention by the*

national governments of both poor and wealthy countries in cooperation with an emerging body of international aid and development organizations”. Du point de vue de Rist (1996: 23-24), il est toutefois particulièrement difficile de formuler une définition précise du développement qu’il qualifie de mot-plastique en ce sens qu’après avoir appartenu à la langue courante, où il possède un sens clair et précis, puis utilisé par la langue savante (par exemple le développement comme évolution des espèces selon Darwin), il est aujourd’hui fait un usage tellement extensif du terme qu’il ne signifierait plus rien, sinon ce que veut lui faire dire le locuteur qui l’emploie. En ce sens, on peut effectivement supposer l’existence de différentes formes de rationalités politiques liées aux *developmentalities*.

Mais bien qu’une telle coexistence dans un même temps de rationalités politiques liées au développement soit à envisager, il semble néanmoins possible de retracer une généalogie des rationalités politiques successives de l’aide aux pays pauvres. Rojas (2004) met ainsi en lumière la façon dont l’aide a servi d’instrument de gouvernementalité globale à travers le temps et l’espace, constituant les pays comme sujets du gouvernement. Elle situe au début des années 1960 l’émergence du développement comme catégorie d’analyse et la *développementalisation* de l’aide. L’aide est alors centrée sur l’État-nation et conçue comme le moyen de promouvoir le développement économique et social. L’idée apparaît également que le niveau de développement politique est essentiel au développement plus général et que l’aide procurée devrait notamment viser à permettre un tel ordre politique. Cette approche du développement a également pour logique sous-jacente l’idée de rattrapage selon laquelle, comme l’explique Koop, l’aide constituerait un moyen d’atteindre le niveau des pays industrialisés : « *Ce « rattrapage » devait avoir lieu grâce à la croissance économique, engendrée par l’industrialisation, une situation de plein emploi, la démocratie et l’instauration d’un État providence* ».

Par ailleurs, les projets s’orientent vers les questions de besoins vitaux, de nutrition et de santé. Dans une perspective foucauldienne, ces interventions peuvent être qualifiées de dispositifs biopolitiques caractéristiques du libéralisme, puisque c’est la vie qui devient la cible et l’objet des gouvernements. On peut ainsi dire que les conditions sanitaires et nutritionnelles de la population se gouvernementalisent en ce sens qu’elles ne sont plus appréhendées comme une condition individuelle mais comme des questions socio-économiques gouvernementales. Cette évolution implique également le foisonnement d’une documentation ainsi que de l’expertise dans ces domaines. Un tel développement permet ainsi en premier lieu d’expliquer qu’ait émergé sur la scène internationale une préoccupation liée à une situation de pénurie en personnels de santé dans les pays en développement.

Avec la crise de la dette, la rationalité politique de l’aide connaît une importante évolution dans les années 1980. Il ne s’agit plus de promouvoir un développement national mais la compétitivité internationale. L’aide devient alors une technologie du gouvernement matquée par l’idée de conditionnalité : celle-ci étant liée à des réformes politiques et économiques visant un ordre économique libéral notamment caractérisé par un marché libre. Si durant cette période, la

préoccupation concernant la pauvreté subsiste, les conditions structurelles à l'origine de la pauvreté sont ignorées et l'accent est mis sur les facteurs individuels et spatiaux.

Dans le courant des années 1990, la conditionnalité de l'aide aux réformes économiques est de plus en plus mise en cause. Y participe notamment l'émergence d'une société civile globale dénonçant les effets des programmes d'ajustement structurel. S'opère alors un retour à ce que Rojas appelle une rationalité développementaliste selon laquelle le social, toujours représenté au sein de l'État nation, est une cible légitime de l'aide. Cette rationalité différerait toutefois de la précédente par le rôle dévolu à l'État. Une transformation de la société sans ce dernier serait recherchée et il s'agirait en fait pour celui-ci de « gouverner à distance » puisque la société civile, les ONG et de manière plus générale les personnes pauvres sont considérées comme devant participer aux solutions, voire conduire elles-mêmes les réformes. Rojas décrit alors l'apparition d'une nouvelle mentalité concevant la pauvreté dans un espace global. En tant qu'instrument visant à agir sur le développement des pays d'origine, le code de pratique de l'OMS devrait donc être notamment analysé du point de vue du rôle dévolu aux gouvernements de ces pays.

7.2.3 Gouvernamentalité et migrations internationales

Observant l'émergence et la multiplication des agences et forums dans le domaine des migrations internationales depuis les années 2000, Kalm (2011) a également mobilisé le concept de gouvernamentalité afin de rendre compte de la façon dont la gestion des migrations internationales s'était constitué comme un projet pour l'activité de gouvernement global. Selon l'auteure qui a analysé la rationalité politique qui sous-tend ces initiatives, celles-ci sont particulièrement marquées par une forme de gouvernamentalité néolibérale.

D'un point de vue épistémologique, c'est-à-dire de la connaissance particulière des migrations internationales sur laquelle repose la rationalité politique de leur gestion au niveau global, deux éléments se dégagent. Premièrement, l'idée que les individus sont des êtres mobiles (2011: 32-33). Contrastant avec l'idée que la libéralisation économique, par une augmentation de la croissance dans les pays les plus pauvres, se substituerait aux migrations internationales, les mouvements transnationaux seraient désormais considérés comme une composante à part entière du monde globalisé. Cette normalisation des migrations internationales serait d'autant plus notable qu'elle contraste également avec un certain ordre national des choses inhérent au système d'États territoriaux.

Un second élément marquant dans la description des migrations concerne l'idée qu'il s'agit d'un phénomène (potentiellement) positif, pour les migrants eux-mêmes mais également pour les pays d'origine et de destination. La figure du migrant serait marquée par son esprit entrepreneurial ainsi que par sa volonté d'investir dans son capital humain. Si certaines conséquences négatives des migrations internationales telles que le *brain drain* ou le trafic d'êtres humains sont aussi relevées, la migration

reste donc principalement envisagée de façon positive.

Afin de rendre compte de la dimension morale de la rationalité politique sous-tendant la gestion mondiale des migrations, Kalm analyse ensuite les trois principales recommandations formulées. Premièrement, partant de l'idée que la migration est un phénomène normal, vraisemblablement inévitable et possiblement souhaitable, une forme gérée de libéralisation est recommandée. La libéralisation peut ici être comprise comme une moins grande restriction des mouvements migratoires mais ceux-ci devraient néanmoins être encadrés, d'une part afin que leurs conséquences positives puissent se réaliser, mais aussi d'autre part parce que la souveraineté nationale en la matière n'est pas mise en cause. Pour Kalm, cette recommandation n'est pas paradoxale, dans la mesure où le libéralisme est conçu comme un art de gouverner consistant à organiser les libertés. En mobilisant une certaine liberté de migrer, l'objectif du gouvernement de croissance économique est en fait visé.

Plus précisément, les migrations temporaires ou dites circulaires vont être considérées comme des façons privilégiées de gérer cette liberté de mouvement. En fait, ce caractère temporaire est conçu comme une propriété inhérente aux migrations. Il s'agit dès lors de tirer parti de ces mouvements afin d'en maximiser les avantages tout en en minimisant les inconvénients. Par exemple, les migrants temporaires sont présentés comme répondant à une demande du marché du travail dans les pays de destination, mais en étant plus acceptables pour la population de ces pays, ils seraient également plus enclins à l'envoi de fonds dans leur pays d'origine. Dans le cadre de migrations qualifiées, la circularité constituerait également une solution au problème de fuite des cerveaux.

Enfin, un troisième type de recommandations est dégagé consistant à façonner les migrants comme des agents de développement. Il s'agit ici de d'instiller un sens de la responsabilité morale envers le pays d'origine de façon à ce que les migrants s'engagent dans des activités liées au développement de leur pays. Selon Kalm, ce type de recommandation suggère une forme de gouvernement « à distance » caractéristique de la gouvernementalité libérale en ce sens qu'il consiste à guider l'action des individus et à stimuler des formes de responsabilisation (Kalm 2011: 40).

En caractérisant le régime de gestion mondiale des migrations, Kalm nous indique ainsi la tendance suivie par les différentes initiatives prises au niveau international à valoriser et encourager les phénomènes migratoires. Si dans le cadre du débat sur les migrations internationales des personnels de santé ces mouvements ne semblent à priori pas revêtir une telle connotation positive, il sera alors intéressant d'analyser de quelle manière ces perspectives divergentes sont articulées et conciliées dans la formulation du Code de pratique.

7.3 Une « analytique du gouvernement » comme cadre d'analyse

Les héritiers de Foucault tels que Miller, Rose ou Dean ont repris et élaboré plus en détails un vocabulaire propre à l'analyse en terme de gouvernementalité. La section suivante vise à permettre une familiarisation avec cette terminologie en passant en revue les concepts particulièrement pertinents dans le cadre de notre étude.

En premier lieu, il faut rappeler que les études sur la gouvernementalité, au-delà d'une démarche constructiviste, cherchent à reconstituer le « régime de vérité » (quel type de discours est-il considéré comme vrai et selon quels mécanismes ?) et s'intéressent donc aux conditions d'intelligibilité des discours politiques, en analysant les systèmes de pensée ou l'apparatus intellectuel dans lesquels ils s'inscrivent et qui permettent de rendre la réalité pensable de telle manière qu'elle se prête aux délibérations politiques. Le concept de rationalité politique vise précisément à exprimer ces régimes de vérité particuliers. Un type particulier de rationalité politique se présente sous la forme d'un idiome distinctif et transparait à travers les régularités du discours politique (Rose and Miller 2010: 276). Car si Foucault considère que la rationalité libérale occupe une position privilégiée, il n'en demeure pas moins que des « *rationalités multiples peuvent coexister, se chevaucher, voire s'intégrer fonctionnellement* » (Potte-Bonneville 2010: 75) . Dans l'analyse des argumentations concourant à l'élaboration du code, nous envisageons donc les rationalités politiques selon ce que Foucault nomme une logique de la stratégie (Foucault, Ewald et al. 2004: 44), c'est-à-dire que diverses rationalités politiques ne seraient pas exclusives. Il s'agit alors de voir quelles sont les connections établies entre des termes disparates qui permettent de faire tenir ensemble des rationalités diverses. Il importe ici de distinguer le concept de rationalité politique de celui que Foucault nomme *épistémè*, lequel se rapporte à un « *ensemble de rapports liant différents types de discours et correspondant à une époque historique donnée* » (Revel 2002: 21). L'épistémè constituerait alors un méta-cadre de référence, forme de contrainte historique susceptible de constituer un facteur explicatif de type structurel quant au contenu ainsi qu'à la forme du code. Il n'en demeure pas moins que l'épistémè, en tant que système complexe, multiple et dynamique devrait bien être envisagé comme articulant des rationalités politiques multiples, susceptibles d'entrer en concurrence les unes avec les autres.

Entendu de façon large, le concept de rationalité politique ne se limite pas aux aspects idéels mais englobe également les pratiques de gouvernement. Pour Rose et Miller (2010: 273), il désigne « *les champs discursifs dans lesquels l'exercice du pouvoir est conceptualisé ; les justifications morales qui sont données pour l'exercice particulier du pouvoir par des autorités diverses ; les notions sur la forme appropriée, les objets et les limites de la politique ; et les concepts sur la*

*distribution de telles tâches parmi les secteurs séculiers, spirituels, militaires et familiaux*¹⁰ ». Cette définition recouvre donc plusieurs dimensions et renvoie à différents concepts que nous allons présenter.

Premièrement, la rationalité politique prend une forme morale dans le sens où elle établit la façon dont les tâches et actions sont distribuées entre autorités de différents types (Rose and Miller 2010: 276). La dimension morale apparaît également à travers la définition des principes qui devraient orienter le gouvernement (telles que la justice, la liberté, l'efficacité économique, la citoyenneté, etc.). A cet égard, les différentes approches du nationalisme ainsi que du cosmopolitisme abordées au chapitre précédent constitueront la grille d'analyse de la dimension morale du discours politique portant sur les migrations internationales des personnels de santé.

Deuxièmement, la rationalité politique comporte également un caractère épistémologique puisqu'elle s'articule autour d'une conception spécifique de la nature de l'objet à gouverner. Cette compréhension particulière des objets politiques est nécessairement liée au type de connaissances mobilisées. Abordant la connaissance comme un assemblage de personnes, théories, projets, expériences et techniques (Rose and Miller 2010: 275), on peut saisir ici l'utilité de mobiliser le concept de communauté épistémique discuté dans la présentation de notre cadre théorique et lequel conçoit également la connaissance au-delà du seul aspect idéal, afin de révéler un type particulier de rationalité politique.

Afin de mener une analyse de la gouvernementalité, l'une des premières étapes est de s'intéresser aux mécanismes de problématisation gouvernementale (Dean 2010; Rose and Miller 2010). Il s'agit en fait de voir les contextes particuliers dans lesquels le gouvernement est questionné, c'est-à-dire les moments et les lieux spécifiques où l'écart entre la réalité et un idéal donné sont mis en discours sous forme de programme. L'activité de problématiser est fondamentale pour le gouvernement car celui-ci s'articule par essence autour de l'identification constante de ses manques et difficultés. En d'autres termes, c'est par la problématisation et l'énonciation de programmes que des objets se constituent comme sujets du gouvernement, qu'ils sont objectivés. Le terme « programmatique » permet quant à lui de désigner le champ des conceptions défendues par l'ensemble des acteurs se prononçant quant à l'orientation désirable à donner à un objet du gouvernement. Selon Rose et Miller (2010: 279), les programmes de gouvernement ne sont pas directement déterminés par une rationalité particulière dont ils relèveraient. Tous deux seraient plutôt liés par une relation de traduction.

Initialement formulée par Akrich, Callon et Latour (1988: 29), la traduction « *de et par les instruments techniques est une mise en relation constante d'informations et d'acteurs, régulièrement*

¹⁰ Traduction française tirée de Peter, F. 2006 : Rationalités du pouvoir et incorporation de l'islam : une comparaison anglo-française, *Sociologie et sociétés*, 38(1), 183-212.

soumise à une réinterprétation ». Dans le vocabulaire de Rose (1999: 48), il s'agit plus précisément d'un processus mettant en relation, d'une part, la rationalité politique, d'ordre général, procurant l'idéal vers lequel tendre et d'autre part, le programme du gouvernement, plus spécifique, correspondant à ce qui est rendu possible par la mise en œuvre calculée de forces politiques. Selon les mécanismes de traduction, un alignement s'opérerait entre les objectifs des autorités souhaitant gouverner et les projets personnels des individus, groupes et organisations qui sont le sujet de ce gouvernement. C'est également à travers des mécanismes de traduction qu'est rendu possible un gouvernement à distance, tant constitutionnel que spatial. Cette expression désigne l'instrumentalisation de formes d'autorité autres que celles de l'État par des forces politiques, rendue possible lorsque chacun peut traduire les valeurs des autres en ses propres termes, de telle façon qu'ils procurent des normes et standards pour leurs propres ambitions, jugement et conduite (Rose 1999: 49-50).

Des concepts tels que les récits politiques, les théories causales ou la mise en connexion substantive présentés au chapitre 5.3 peuvent ainsi être considérés comme autant d'opérations de traduction permettant de présenter une nouvelle interprétation des phénomènes. D'un point de vue géographique, il sera particulièrement intéressant d'envisager les pratiques de traduction en termes d'échelles d'analyse et de voir de quelle manière des questions locales peuvent se voir renvoyées à des problématiques plus globales et inversement. Le changement d'échelle pourra alors être compris comme *“the increase or decrease of in the number of actors and/or geographic range of coordinated claim making”* (Tilly and Tarrow 2007: 217). Une telle définition correspond par ailleurs à la façon dont Latour désigne la monde social lorsqu'il affirme que celui-ci est plat, contestant ainsi la vision traditionnelle qui distingue des échelles micro et macro (Latour 2006).

Enfin, l'analyse de la gouvernementalité se caractérise par l'accent mis sur les pratiques du gouvernement. Ce sont ainsi les technologies gouvernementales, définies comme les *“complex of mundane programmes, calculations, techniques, apparatuses, documents and procedures through which authorities seek to embody and give effect to governmental ambitions”* (Rose and Miller 2010: 273) qui vont rendre possible le déploiement des programmes de gouvernement. La forme que va revêtir le code de pratique est donc à mettre directement en lien avec son contenu substantif, et les rationalités politiques le guidant puisque selon les termes de Foucault, c'est à travers les technologies du gouvernement que les rationalités politiques se matérialisent dans des pratiques politiques concrètes. Ainsi, la pensée deviendrait gouvernementale dans la mesure où elle se techniciserait et où elle s'attacherait à une technologie pour sa réalisation (Rose 1999: 51). En se déployant, une technologie gouvernementale permet ainsi d'établir des connections entre les aspirations des autorités et les activités des individus et groupes. On peut noter que cette approche désubstantialisée de pouvoir décrite par Rose et Miller (2010: 183) comme la capacité à mobiliser des personnes, procédures et artefacts dans la poursuite d'objectifs rejoint celle exposée dans la théorie de l'acteur réseau. Le code

de pratique de l'OMS pourra ainsi être abordé comme une technologie gouvernementale dans la mesure où il met en relation une forme de communauté internationale, les gouvernements nationaux et *in fine*, les personnels de santé migrants ainsi que les bénéficiaires de leurs soins dans leurs pays d'origine et de destination.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Jeudi 20 mai 2010, l'Organisation mondiale de la Santé tient son assemblée annuelle au Palais des Nations à Genève. Au sein du comité A, les représentants gouvernementaux passent en revue les différentes questions d'ordre technique placées à l'ordre du jour. Il est passé 18 heures lorsqu'arrive le moment de traiter du code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé. Depuis 4 jours, un groupe de travail a été mis sur pied afin de négocier un texte. Les délégués ont veillé jusqu'à 4h30 afin de parachever leur travail dans les délais impartis. Mais si le groupe de travail est parvenu à un accord aux aurores, le risque existe encore que des points de dissension refassent jour dans le cadre du comité. Pourtant, au moment d'aborder cet objet, aucune objection n'est soulevée. Le code de pratique se voit donc adopté à l'unanimité des États membres. Les délégués africains laissent éclater leur joie et se prennent dans les bras alors que le reste de l'assistance se lève pour saluer de ses applaudissements le travail accompli.

Une telle scène est peu fréquente mais pas complètement inhabituelle dans une enceinte intergouvernementale. Il est toutefois intéressant d'introduire la présentation de nos résultats par cette description des événements, car cette adoption enthousiaste sera par la suite régulièrement rappelée, soulignée, voire mythifiée par les acteurs oeuvrant à la mise en application du Code de pratique. Or, si un tel dénouement met en avant le consensus obtenu, il met également un point final à un processus officiellement engagé 6 ans plus tôt mais dont les prémices remontent en fait à plus de 10 ans. S'il est alors certainement espéré que ce code contribuera à résoudre la pénurie mondiale en personnel de santé à laquelle l'OMS s'est attaquée depuis plusieurs années, l'engouement manifesté indique assurément que pendant longtemps, la perspective de l'adoption d'un code de pratique mondial était pour le moins incertaine. En effet, les premières discussions entamées à ce sujet laissaient apparaître de fortes dissensions entre les pays se disant les plus affectés par le départ de leurs personnels de santé et les principaux pays de destination. Le débat s'était alors cristallisé autour de l'épineuse question des compensations. Comme le révèle ce chapitre, ce n'est qu'à l'issue d'un important travail de plaidoyer, de multiples consultations et négociations appelant à des reformulations du projet de code de la part du Secrétariat de l'OMS, mais aussi grâce à un développement des connaissances factuelles concernant les migrations internationales de personnels de santé, qu'un consensus sera finalement trouvé. En tant que produit d'un accord unanime, le code de pratique peut être présenté comme une forme de norme universelle. Il incarne dans tous les cas un discours global sur les migrations internationales des personnels de santé. Toutefois, nous verrons que ce méta discours est également porteur des multiples récits défendus par les États membres, lesquels sont potentiellement contradictoires. En cherchant à concilier ces différents intérêts, le code revêt un caractère amphibologique.

Encadré 2: Notions utiles à la bonne compréhension du processus d'élaboration et d'adoption du code de pratique de l'OMS

L'OMS : L'OMS est l'autorité directrice et coordinatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies. Selon les termes de sa Constitution, l'OMS a pour but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Secrétariat de l'OMS : Le Secrétariat comprend le Directeur général et le personnel technique et administratif nécessaire à l'Organisation.

État membre : Tous les pays membres des Nations Unies peuvent devenir membres de l'OMS en acceptant sa Constitution. Les autres pays peuvent être admis lorsque leur demande a été approuvée par vote de l'Assemblée mondiale de la Santé à la majorité simple. Depuis l'adhésion à l'OMS du Monténégro, le 29 août 2006, les seuls États non membres de l'OMS sont le Liechtenstein et le Saint-Siège, portant à 193 le nombre d'États membres de l'Organisation.

Bureaux régionaux : L'activité de l'OMS est en partie décentralisée puisque celle-ci comprend six bureaux régionaux. Ils ont pour but de tenir compte des problèmes sanitaires propres à chaque région. L'Assemblée de ces bureaux régionaux se réunit une fois par an, en général en automne.

Assemblée mondiale de la Santé (AMS) : L'Assemblée mondiale de la Santé est composée de délégués représentant les États membres. Elle a lieu généralement une fois par année, au mois de mai à Genève. Ses fonctions consistent notamment à contrôler la politique financière de l'Organisation et à examiner et approuver le projet de budget du programme. Elle étudie également les rapports du Conseil exécutif, auxquels elle donne des instructions où des nouvelles mesures, études, recherches ou rapports peuvent être nécessaires. L'Assemblée mondiale de la Santé a autorité pour faire ses recommandations aux États membres en ce qui concerne toute question entrant dans les compétences de l'Organisation.

Commission A / commission B : Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, les travaux se répartissent principalement entre deux commissions : la commission A et la commission B. La commission A examine les questions de politique sanitaire, d'ordres technique et scientifique alors que la commission B s'occupe des questions financières et administratives.

Résolution : Une résolution est une décision votée par l'Assemblée mondiale de la Santé n'ayant pas de valeur juridique contraignante au sens du droit international public. Une résolution est adoptée si elle est votée par la majorité des deux-tiers des États membres de l'Assemblée mondiale de la Santé présents et votants.

Conseil exécutif (CE) : Le Conseil exécutif est composé de 34 personnes qui sont toutes désignées par un État membre élu à cet effet par l'Assemblée mondiale de la Santé. Les États membres sont élus pour une période de trois ans. Le Conseil se réunit au moins deux fois par an ; la réunion principale se tient habituellement en janvier et une deuxième réunion plus courte a lieu immédiatement après l'Assemblée de la Santé. Le Conseil exécutif a principalement pour tâche de donner suite aux décisions et aux politiques de l'Assemblée de la Santé, de conseiller cette dernière et, d'une manière générale, de faciliter son travail.

Il s'agit dès lors de saisir de quelle manière se construit un tel discours global, tant du point de vue des acteurs concourant à sa formation que de son contenu substantif. Ce chapitre se subdivise en deux parties principales. La première retrace d'une part les différents événements ayant précédé et accompagné le développement du code de pratique de l'OMS et d'autre part la procédure suivie pour son élaboration. Notre description passe en revue les événements clés ayant jalonné le processus et se concentre sur l'identification des acteurs ayant pris part à ces développements en exposant les stratégies mobilisées afin d'influencer l'orientation du code de pratique. Alors que cette première partie se focalise sur le processus ayant conduit à l'adoption du code de pratique, la seconde se penche sur l'évolution du contenu de celui-ci. Sur la base des différents projets de code ayant été élaborés depuis 2008, nous rendons compte de la manière dont les thèmes clés que sont les compensations, l'autosuffisance ainsi que le recrutement actif ont été abordés au fil du temps. Nous observerons que les recommandations qui seront formulées dans le code de pratique tel qu'il a été adopté ont passablement évolué par rapport aux recommandations initialement envisagées, mettant en évidence le caractère construit des normes véhiculées par le code de pratique.

8. L'HISTOIRE DU CODE DE PRATIQUE

8.1 Les prémices du code de pratique

Si le point de départ formel du code de pratique de l'OMS peut être situé en 2004 avec l'adoption à l'Assemblée mondiale de la Santé de la résolution appelant à son élaboration, il est important de faire état du contexte dans lequel cette résolution a pris naissance. Nous identifions principalement trois types de forces ayant contribué à faire émerger la demande d'un code de pratique mondial, puis entretenu et alimenté celle-ci: l'émergence, dans le cadre du suivi de l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement, d'une communauté visant à défendre les intérêts des pays d'origine, la progressive documentation du phénomène des migrations internationales des personnels de santé et les premières expériences de codes de pratiques sur le recrutement international conclus de façon bilatérale ou multilatérale. Ces différents développements ont précédé et accompagné l'élaboration du code de l'OMS et, de ce fait, ont exercé une influence sur ce dernier, tant du point de vue du processus de son élaboration que de sa substance.

8.1.1 Des objectifs du millénaire pour le développement à la question des migrations internationales des personnels de santé

L'adoption en 2000 de la Déclaration du Millénaire par les 191 États alors membres des Nations Unies fait partie des événements ayant contribué à faire émerger la thématique des migrations internationales des personnels de santé. C'est en effet dans le cadre du suivi de ces engagements que l'intérêt va notamment se focaliser sur la pénurie mondiale en personnels de santé dans un premier temps, puis plus spécifiquement sur les effets pour la santé publique mondiale des migrations internationales des personnels de santé. Comme le relève Lapeyre, l'initiative que représente la Déclaration du Millénaire se distingue en ce sens que « *pour la première fois de l'histoire des Nations unies, les États signataires de la Déclaration du Millénaire se sont engagés explicitement dans le cadre de la réalisation des OMD à s'attaquer à la fois aux problèmes de la paix, de la sécurité, du développement, des droits de l'homme et des libertés fondamentales* » (2006: 1). Ce faisant, l'humain a été placé au centre des politiques de développement. Afin de porter une telle ambition, huit objectifs à atteindre avant 2015 sont énoncés parmi lesquels trois s'avèrent liés à la santé: réduire de deux-tiers la mortalité infantile (OMD 4), réduire de trois-quarts la mortalité maternelle et réaliser pour tous l'accès à la santé reproductive (OMD 5) et freiner et inverser la diffusion du VIH/SIDA tout en réalisant l'accès universel aux traitements contre cette infection d'ici (2000) à 2010 ainsi que freiner et inverser l'incidence du paludisme et d'autres maladies (OMD 6).

Dans la lignée de l'adoption de la Déclaration du Millénaire, l'agence canadienne de développement international (ACDI) et le *Department for international Development (of United Kingdom)*¹¹ ainsi que la Banque mondiale décident d'établir un Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans le but d'identifier les domaines d'action susceptibles d'accélérer l'accomplissement de ces objectifs. L'OMS et la Banque mondiale prennent en charge le processus et entre 2004 et 2005, cinq forums de haut niveau sont organisés. Le premier a lieu à Genève en janvier 2004. Les discussions portent principalement sur les ressources financières consacrées à la santé par les pays en développement ainsi que les pays donateurs, sur l'efficacité et l'harmonisation de l'allocation de ces ressources ainsi que sur le suivi des performances. Outre les questions financières, le thème des ressources humaines pour la santé est également l'un des objets centraux de la réunion. Le constat est alors établi selon lequel "*there is a human resources crisis in health, which must be urgently addressed*" (Health MDGs, Summary, 2004). Des mesures liées à la formation de personnel de santé ainsi qu'à leurs conditions de travail et de vie sont passées en revue. Le lien est également fait entre la crise en personnels de santé et la question des migrations. Cet événement est particulièrement marquant dans la mesure où il s'agit d'une des premières occasions où ces deux sujets sont mis en relation dans un cadre multilatéral. Les recommandations formulées à

¹¹ Département pour le développement international (du Royaume Uni), traduction de l'auteur.

l'intention des pays de destination consistent alors principalement à suggérer de cesser toute pratique de recrutement actif dans les pays en développement (encadré n°2). Les pays d'origine, quant à eux, sont invités à agir sur les facteurs incitant les personnels de santé à quitter leur pays. Par ailleurs, il est également intéressant de relever l'appel à intégrer ce sujet sur l'agenda de la Commission mondiale sur les migrations internationales (CMMI) ou de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) dans le cadre de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). En effet, si la CMMI a donné suite à cette demande, par exemple en organisant les 23 et 24 mars 2006 un séminaire intitulé « Migrations et ressources humaines au service de la santé : de la prise de conscience à l'action » dont est issue une publication thématique (CMMI, Dialogue, 2006), aucune démarche semblable ne semble avoir été entreprise du côté de l'OMC.

Encadré 3 : Extraits du compte-rendu du Forum de haut niveau sur les OMD liés à la santé, Genève, 8-9 janvier 2004

Migration of health personnel can have a devastating effect in countries already experiencing staff shortages. However, it can also provide significant remittances and encourage knowledge transfer. In this context, any regulatory action at global or country level will **need to take both the negative and positive consequences of migration into account.**

Developed countries were urged to **end active recruitment of health workers from countries with staff shortages.** It was noted that some donor countries base their future staffing plans on this "poaching practice".

Developing countries that seek to reduce migration of health staff must **address the "push factors"** that cause health staff to leave their countries, including political instability, low wages and social unpredictability. Measures to encourage health workers to repatriate, such as revising existing tax legislation, could also be considered.

The HLF secretariat was asked to explore the **usefulness of linking up with the new Global Commission on International Migration.**

It was noted that migration issues should also be debated in the **context of relevant WTO/GATS** discussions.

Lors du second Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé qui eut lieu à Abuja en décembre 2004, les mêmes thèmes sont examinés : financement, aide et ressources humaines dans le domaine de la santé. Il est alors décidé qu'afin de poursuivre la discussion sur la question spécifique des ressources humaines pour la santé, un processus parallèle organisé par la *Norwegian development assistance agency*¹² (NORAD) et appelé *the Oslo*

¹² Agence norvégienne d'aide au développement, traduction de l'auteur.

*Consultation*¹³ serait lancé. A l’instar du Forum de haut niveau, la Consultation d’Oslo qui se tient en 2005 se caractérise par la participation d’acteurs très divers: gouvernements, organisations intergouvernementales, institutions financières internationales, fonds et programmes mondiaux, organisations non-gouvernementales, chercheurs et associations professionnelles, etc. Cette variété de participants est à mettre en relation avec la reconnaissance croissante du caractère complexe et multisectoriel de la question de la pénurie de personnels de santé. Les partenaires les plus impliqués se réunissent afin de créer un groupe de travail technique transitionnel (*transitional working group*) qui est institutionnalisé lors de la 59^{ème} Assemblée mondiale de la Santé en mai 2006 avec la création de l’Alliance mondiale pour les personnels de santé (l’Alliance, *Global Health Workforce Alliance*). L’Alliance se présente comme une plate-forme pour la coordination des politiques et des programmes relatifs aux personnels de santé. Elle rassemble divers acteurs, y compris des gouvernements nationaux, les représentants de la société civile, des institutions financières, des travailleurs, des organismes internationaux, des établissements universitaires et des associations professionnelles. Une des particularités de l’Alliance tient aux relations que celle-ci entretient avec l’OMS. Elle en est d’une part indépendante puisqu’elle possède son propre organe de direction (*Alliance Board*) auquel le Secrétariat rend des comptes pour ce qui concerne les résultats de ses activités. Mais elle y est en même temps directement liée puisque le secrétariat de l’Alliance est hébergé par l’OMS, qui est responsable pour les questions administratives, financières et de personnel. Ainsi, comme il le fut rappelé dans une évaluation externe de l’Alliance, “*Although WHO was a founder member, it does not fund or direct the Alliance’s operation*” (Vaughan, Fox et al. 2011). Comme nous le verrons par la suite, ce double statut a pu être source d’ambiguïté quant à la délimitation des missions respectives de l’OMS et de l’Alliance ainsi qu’à leur éventuel chevauchement.

Afin de travailler sur le thème spécifique des migrations internationales des personnels de santé, l’Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé (*Health Workforce Migration Policy Initiative*), fruit d’un partenariat entre l’Alliance, l’OMS et l’ONG *Realizing Rights* est officiellement lancée lors de l’Assemblée mondiale de la Santé en mai 2007. Lors de sa création, l’Initiative se donne alors explicitement pour objectif de formuler des recommandations aux fins de l’élaboration d’un code de pratique de l’OMS. On peut noter ici que l’implication de l’ONG *Realizing Rights* tient en fait principalement à la volonté de la fondatrice de l’organisation, Mary Robinson, ancienne présidente de l’Irlande et ancienne Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l’homme. Mary Robinson fut également membre de la Commission mondiale sur les migrations internationales (CMMI). Dans son rapport final publié en 2005, cette commission mentionnait déjà le problème selon lequel « *Les pays qui soutiennent activement les objectifs d’éducation et de santé figurant dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement des Nations Unies continuent néanmoins de recruter du personnel provenant d’hôpitaux ou d’écoles de pays à*

¹³ La consultation d’Oslo, traduction de l’auteur.

faible revenu qui ne sont pas en mesure d'offrir des prestations élémentaires de santé et d'éducation à leurs propres citoyens » (Global Commission on International Migration 2) . Le choix de mettre sa renommée au service d'une initiative portant spécifiquement sur le thème des migrations internationales des personnels de santé peut donc être compris comme s'inscrivant dans la continuité des travaux menés par la Commission. Plus précisément, l'Initiative regroupa le Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration dont le secrétariat était *Realizing Rights*, et un groupe de travail technique, dont le secrétariat était l'OMS. Par ces deux organes constitutifs, l'Initiative prévoyait ainsi tant d'endosser un rôle de plaidoyer international à travers le Conseil consultatif que d'exercer la fonction d'expertise à travers le groupe de travail technique.

8.1.2 Le processus de documentation

A partir des années 2000, on observe une multiplication des efforts visant à documenter le phénomène des migrations internationales des personnels de santé. Dans un premier temps, ce thème est essentiellement abordé en tant que composante de la pénurie mondiale en personnels de santé. Il devient ensuite un objet d'étude à part entière. Un double regard peut être porté sur un tel développement : d'une part, celui-ci peut être interprété comme révélant l'intérêt croissant porté à cette thématique, appelant à un approfondissement de la connaissance, mais d'autre part, il peut également être envisagé comme contribuant, par la publication de nouveaux résultats, à alimenter et faire croître l'intérêt porté au phénomène. Dans cette section, nous présentons donc le processus de documentation qui a précédé et accompagné l'élaboration du code de pratique de l'OMS. Nous limitons notre exposé aux études liées au code de pratique par relation d'intertextualité, soit les publications auxquelles il sera le plus souvent fait référence au cours des discussions ayant trait au code, la plupart ayant été réalisées au sein d'organisations intergouvernementales¹⁴. Notre propos est ciblé sur le contexte dans lequel ces études ont été menées ainsi que sur les principales conclusions formulées. De cette manière, nous rendrons compte tant de la manière dont ces études reflètent les préoccupations de leurs commanditaires que de la manière dont les résultats présentés sont susceptibles d'avoir influencé les termes du débat lié à l'élaboration du code.

Il est cependant évident que les études présentées s'inscrivent dans des courants de recherche plus larges dont les connaissances développées contribuent également à orienter le propos. On peut principalement mentionner la littérature évoquée dans notre problématique en lien avec les questions de santé globale ainsi que celle traitant de la relation entre migration et développement. Le contexte

¹⁴ Il a été observé que dans le domaine académique, la plupart des publications traitant la question des migrations internationales des personnels de santé était parue dans des revues spécialisées dans le domaine de la santé. Le fait qu'une part importante de ces articles ait été rédigée par les auteurs des rapports que nous passons en revue et en reprennent les résultats nous amène à considérer ces rapports comme constituant le type dominant de connaissance produite en lien avec les migrations internationales des personnels de santé.

épistémologique est par ailleurs discuté plus en détails dans la partie 11 consacrée à l'impact de la connaissance sur le code de pratique.

Figure 2: Couvertures des principales publications traitant de la pénurie mondiale et des migrations internationales en personnels de santé



8.1.2.1 2004 : “Human Resources for health, Overcoming the Crisis” (JLI)

En novembre 2004 est parue la première étude d'envergure mondiale portant sur le thème des ressources humaines pour la santé. Intitulé “*Human Resources for Health, Overcoming the Crisis*”, ce rapport fut réalisé par l'Initiative conjointe sur l'apprentissage (*Joint Learning Initiative, JLI*) qui fut organisée dans l'objectif précis de conduire cette étude (après quoi, la *JLI* n'a pas poursuivi ses activités). Celle-ci se présente comme un réseau indépendant constitué d'une centaine de leaders mondiaux dans le domaine de la santé. Malgré le caractère autonome affiché par ce réseau, on peut toutefois relever le rôle central joué par l'OMS en tant que partenaire: l'initiative fut co-dirigée par Tim Evans, alors Sous-Directeur général de l'OMS, et des fonctionnaires de l'OMS participèrent à chacun des sept groupes de travail mis sur pied. Par ailleurs, des liens peuvent également être observés entre les auteurs du rapport et les initiateurs des Forums de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et de la subséquente Consultation d'Oslo, ces manifestations constituant autant de tribunes privilégiées pour la communication des résultats et recommandations présentés par JLI.

Considérant que les questions liées aux ressources humaines dans le domaine de la santé avaient jusqu'alors été négligées sur l'agenda international, JLI s'est ainsi donné pour objectif de donner une visibilité à ce thème ainsi que d'en fournir une description approfondie. Ses principales conclusions mettent notamment en évidence l'accroissement du volume de travail des personnels de santé en raison de la propagation du VIH/SIDA. Les auteurs considèrent également que de longue date, le domaine des ressources humaines a été l'objet d'un sous-investissement chronique. L'émigration des personnels de santé est également mentionnée comme un facteur renforçant la

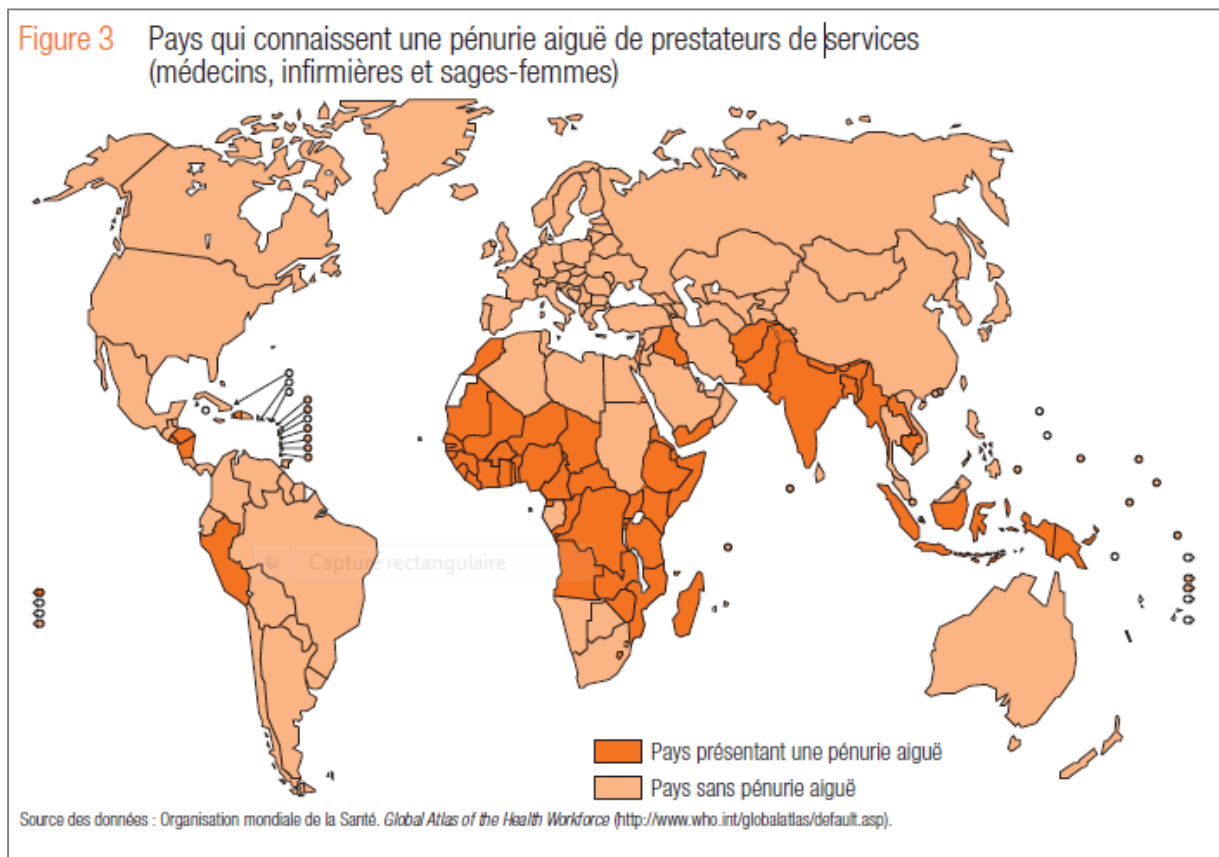
distribution inégale des personnels de santé entre les différents pays du monde, bien que seules des données décrites comme fragmentaires permettent d'appuyer ces propos. L'intitulé de chapitre "*Migration : Fatal flows*" est d'ailleurs révélateur du caractère alarmant attribué à ces flux. Les stratégies proposées par JLI concernent trois domaines : la fidélisation dans les pays d'origine, l'autosuffisance dans les pays de destination et l'accroissement des opportunités mondiales. Ce dernier jeu d'actions découle d'ailleurs directement des travaux de la Commission mondiale pour les migrations internationales et comprend notamment la proposition de création d'un fonds mondial pour l'éducation, ainsi que la facilitation de la circulation des personnels de santé afin de favoriser le retour des personnels de santé migrants. En cherchant à documenter la question des personnels de santé dans le monde, le rapport de JLI a donc contribué à thématiser la question plus spécifique des migrations des personnels de santé, qui est présentée comme une cause importante de la pénurie dans les pays en développement.

8.1.2.2 2006 : « Le rapport sur la santé dans le monde : Travailler ensemble pour la santé » (OMS)

Chaque année, l'OMS choisit un thème particulier et en fait l'objet du Rapport sur la santé dans le monde. L'édition de 2006 fut ainsi consacrée à la crise du personnel de santé dans le monde. Ce choix fut notamment dicté par la résolution adoptée en 2004 à l'Assemblée mondiale de la Santé sur le recrutement international des personnels de santé. Cette dernière appelait à consacrer la Journée mondiale de la Santé 2006 aux travailleurs de la santé, celui-ci étant généralement lié au thème étudié dans le Rapport sur la santé dans le monde. Ce choix s'inscrit également dans la lignée des efforts entrepris par l'Initiative conjointe sur l'apprentissage afin de sensibiliser les décideurs politiques aux questions liées aux personnels de santé. Il est d'ailleurs frappant de constater que la liste des contributeurs à ce rapport révèle un grand nombre de personnalités ayant au préalable participé au rapport de l'Initiative conjointe sur l'apprentissage. En signalant une pénurie de 4.2 millions de personnels de santé dans le monde, le message principal communiqué par le rapport se trouve être d'ailleurs directement repris des travaux de JLI. En effet, pour qu'une telle estimation soit rendue possible, il fallait en premier lieu que soit établie une norme permettant de définir l'effectif de personnels de santé souhaités par pays. Le rapport de l'OMS s'est ainsi basé sur la décision de fixer à 80% le niveau minimal de couverture souhaité (en ce qui concerne l'accompagnement des accouchements par des accoucheurs qualifiés ou la vaccination anti-rougeoleuse) et sur un mode de détermination empirique de la densité de personnel de santé permettant d'obtenir un tel niveau de couverture. Cette méthodologie a ainsi conduit l'OMS à reconnaître 57 pays comme se trouvant en situation de pénurie aigüe, la plupart se trouvant en Afrique sub-saharienne mais également en Asie du sud ainsi que dans les États insulaires (voir figure 3). Ainsi, bien que le portrait général des ressources humaines dans le monde eût déjà été dressé en 2004, le fait de pouvoir chiffrer la pénurie et d'identifier les pays dits « en crise » contribua certainement, en la quantifiant ainsi qu'en la localisant,

à rendre plus directement intelligible la question de la pénurie en personnels de santé. Les valeurs de 4,2 millions de personnels de santé manquants ainsi que de 57 pays en pénuries permettront ainsi d'objectiver la question de la pénurie en personnels de santé et seront largement reprises par la plupart des acteurs impliqués dans cette thématique.

Figure 3 : Les 57 pays en pénurie aiguë selon l'OMS



Source : Rapport sur la Santé dans le monde, OMS (2006)

8.1.2.3 2007 : « Perspectives des migrations internationales : Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations hautement qualifiées » (OCDE)

Chaque année, l'OCDE fait paraître une publication intitulée « Perspectives des migrations internationales », laquelle analyse les développements récents des mouvements et des politiques migratoires dans les pays. En 2007, l'OCDE et l'OMS collaborèrent pour la réalisation d'un chapitre spécial consacré aux personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE. Ce chapitre constitue la première étude menée au sein d'organisations intergouvernementales portant spécifiquement sur les

migrations de personnels de santé¹⁵. Les fondements de cette étude ainsi que de la collaboration entre l'OCDE et l'OMS sont explicités en partie introductive. Constatant un décalage entre la prolifération de recommandations politiques en lien avec les migrations internationales de personnels de santé sur la scène internationale et le manque de données factuelles permettant d'appuyer de telles recommandations, il est mentionné que « *ce manque de données a entraîné des problèmes d'interprétation sur ce phénomène déjà complexe et a altéré la possibilité de mettre en œuvre des politiques appropriées* » (Dumont and Zurn 2007: 172). La volonté de consolider la connaissance ayant trait aux migrations de personnels de santé n'était alors pas dénuée d'enjeux politiques. Dans le cadre des discussions internationales, un certain nombre de pays en développement se montraient alors particulièrement revendicatifs vis-à-vis des pays de destination, cristallisant le débat autour de demandes de compensations. Il était alors considéré comme « *primordial de pouvoir s'appuyer sur des données fiables et comparables pour cerner le rôle joué par la mobilité internationale des travailleurs de la santé dans la structure des ressources humaines de la santé des pays de l'OCDE et appréhender ses répercussions dans les pays d'origine* » (Dumont and Zurn 2007: 172). On peut préciser que du point de vue des autorités suisses qui contribuèrent au financement de l'étude, la collaboration entre l'OCDE et l'OMS devait par ailleurs permettre un meilleur équilibre des forces représentées par ces organisations internationales, la première étant composée de pays développés et le mandat de la seconde ciblant plus directement les pays en développement (PO). Ainsi, même si les conclusions formulées dans ce rapport devaient être politiquement neutres, c'est bien le souci de mettre sur un pied d'égalité la perspective des pays de destination avec celle des pays d'origine qui a guidé la démarche de collaboration.

Les conclusions de l'étude tendirent alors à nuancer le tableau dramatique présenté dans les études précédentes : « *Il apparaît que la crise des ressources humaines de la santé dans les pays en développement, selon les estimations de l'OMS, dépasse largement le nombre de travailleurs ayant émigré dans les pays de l'OCDE. Aussi, les migrations internationales ne sont-elles pas la cause principale, et leur diminution la solution à la crise mondiale des ressources humaines de la santé, même si elles exacerbent l'acuité des difficultés dans certains pays* » (Dumont and Zurn 2007: 173) . Ce diagnostic marque effectivement une rupture avec les deux rapports mentionnés précédemment. On peut toutefois relever le caractère ambivalent de la citation, étant donné que l'impact négatif de l'émigration sur les systèmes de santé des pays d'origine est relativisé en même temps qu'il est reconnu. Pour les acteurs de l'élaboration du code, cette étude constituera alors une ressource venant appuyer tant une argumentation visant à dénoncer le recrutement international de personnels de santé que le discours inverse consistant à relativiser les effets de ces pratiques.

¹⁵ L'exception notable de l'étude réalisée par Mejia en 1978 doit être relevée. Celle-ci est traitée au chapitre 11.1.2.

8.1.2.4 2008 : « Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ? » (OCDE-OMS)

En 2008, la collaboration entre l'OCDE et l'OMS se poursuit avec la parution d'une nouvelle publication conjointe intitulée « *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE, Comment répondre à une crise imminente ?* ». Ce rapport présente la caractéristique de mettre plus directement l'accent sur le lien entre les phénomènes migratoires et les politiques migratoires et de santé des pays de l'OCDE. En ce sens, ce rapport est révélateur de l'intérêt se focalisant, en sus des facteurs de répulsion liés aux pays d'origine, sur le rôle des politiques des pays de destination comme facteur d'attraction pour les personnels de santé migrants. Les conclusions mettent ainsi en avant le résultat d'une augmentation de l'immigration dans le même temps que des pénuries ont été identifiées dans les pays de l'OCDE et soulignent que des écarts croissants entre offre et demande de professionnels de la santé dans les pays de l'OCDE sont à attendre, notamment en raison de l'évolution démographique de ces pays mais aussi du contrôle du nombre d'étudiants. En ce qui concerne l'impact des migrations internationales sur les systèmes de santé des pays d'origine, le message nuancé est répété selon lequel « *même si la pénurie mondiale de personnels de santé va bien au-delà des problèmes de migration, les migrations internationales peuvent contribuer à aggraver les problèmes dans certains pays qui ont au départ une faible densité de professionnels de la santé* » (OCDE 2008: 11). Cette modération quant aux conséquences des migrations internationales s'accompagne toutefois d'une mise en lumière de la manière dont celles-ci créent une forme d'interdépendance entre les systèmes de santé nationaux : « *Il y a assurément un risque d'exportation des pénuries au sein de la zone OCDE et au-delà. Cette demande excédentaire risque de se tourner vers des pays parmi les plus pauvres du monde. Ce risque existe également dans le cas où les pays de l'OCDE attirent des travailleurs de santé provenant principalement d'un nombre limité de pays d'origine dans lesquels l'offre est importante et où les programmes de formation visent à « exporter » les professionnels de santé* » (OCDE 2008: 11). En d'autres termes, quelles que soient les conséquences finales sur les systèmes de santé, les pays de l'OCDE sont appelés à considérer non seulement l'impact du recrutement international sur les pays d'origine, mais également sur les pays se trouvant à la suite dans la chaîne de recrutement. Par ailleurs, cette citation attire également l'attention sur le fait que certains pays poursuivent des politiques d'exportation de leurs personnels de santé, tout en émettant des réserves quant au bien-fondé de telles stratégies pour les systèmes de santé des pays d'origine.

Il est important de préciser que les phénomènes décrits dans cette publication conjointe furent dans une large mesure déjà évoqués par les travaux précédents. Les rapports de l'OCDE se distinguent toutefois par le fait d'appuyer leurs arguments sur une vaste base de données statistiques mettant en perspective des données des recensements de la population nationaux, des enquêtes sur la population active (recommandations d'Eurostat) ainsi que de registres professionnels. Par ailleurs, la publication de l'OCDE de 2008 se caractérise également par le choix de focaliser l'analyse sur le fait que ce sont

les pénuries de personnels de santé observées dans les pays de l'OCDE qui, fondamentalement, créent l'opportunité de migrer.

8.1.2.5 Synthèse et analyse du processus de documentation

A l'issue de ce passage en revue des principales études ayant abordé la question des migrations internationales des personnels de santé, plusieurs observations peuvent être faites concernant l'évolution générale de ces travaux. Premièrement, il apparaît que la question migratoire est initialement traitée dans le cadre de rapports visant à mettre en lumière une pénurie mondiale en personnels de santé. C'est donc en tant que dimension particulière d'un phénomène plus large que la question des migrations internationales va ensuite être approfondie, orientant la perspective adoptée sur les causes de ces mouvements ainsi que sur leurs conséquences pour les systèmes de santé des pays d'origine. Nous notons deuxièmement que l'ensemble des causes identifiées mais aussi des mesures politiques recommandées ont été évoquées dès les premières études. Par contre, on observe une évolution dans la mise en évidence des différents jeux de facteurs causant les migrations. Dans un premier temps, ce sont plutôt ceux axés sur les pays d'origine qui sont discutés, ce qui peut s'expliquer par le contexte des recherches marqué par l'idée d'une pénurie accrue dans les pays en développement. Ce sont ensuite les facteurs liés aux pays de destination qui sont mis en évidence. Par ailleurs, on observe également que dans un premier temps, le discours sur les migrations est très fortement marqué par une connotation négative, leur impact sur la pénurie tendra à être plus nuancé lorsque documenté sur une base statistique. Un caractère quelque peu paradoxal peut être relevé quant à ces différentes observations car dans le même temps que le discours sur les conséquences des migrations tend à devenir plus nuancé, l'analyse des causes des migrations va revêtir un caractère plus compréhensif, mettant en évidence des chaînes de recrutement entre les différents pays et appelant à une action politique du ressort de l'ensemble des gouvernements.

8.1.3 Les premiers codes de conduite

L'appel qui sera lancé au sein de l'OMS en 2004 visant à élaborer un code de pratique mondial sur le recrutement international des personnels de santé ne s'effectuera pas dans un « vacuum » politique. A ce moment, diverses expériences de codes de pratique existent en effet, susceptibles de servir de références dans l'élaboration de cet instrument mondial. Nous allons ici nous intéresser à deux codes de pratique particuliers : Le *code of Practice for International Recruitment* des services de santé anglais (*National Health Services – NHS*) adopté en 2001 ainsi que le *Commonwealth code of Practice for the International Recruitment of Health Workers* adopté en 2003. Il est important de souligner que les initiatives entreprises afin d'offrir un cadre normatif au recrutement international de personnel de santé ne se limitent pas aux deux seuls codes que nous passons en revue. Par exemple, des associations professionnelles du domaine de la santé ont également

formulé des recommandations à l'intention des gouvernements et employeurs sur ce sujet, tel le Conseil international des infirmières, qui fit paraître en 2001 déjà une prise de position concernant le recrutement déontologique des infirmières. On pourrait également mentionner le *Melbourne Manifesto*, adopté par l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (WONCA) en 2002. Ces initiatives, et d'autres encore, constituent autant d'expériences dont pourra s'inspirer le secrétariat de l'OMS pour préparer un premier projet de code. Si nous choisissons de développer les cas des codes des NHS ainsi que du Commonwealth, c'est principalement parce que ces instruments ont été adoptés par des gouvernements nationaux. Les implications politiques de ces instruments sont donc plus comparables à celles du code de l'OMS qui sera adopté par les États membres de l'organisation que celles d'un code, d'un guide ou d'une déclaration qui émanerait d'une organisation privée.

8.1.3.1 L'appel de Nelson Mandela et le code des NHS

Le cas du code de pratique des services de santé anglais est particulièrement intéressant pour l'étude que nous menons. Celui-ci révèle qu'avant d'investir les enceintes multilatérales à partir des années 2000, la question des migrations internationales des personnels de santé fut en premier lieu thématifiée dans le cadre des relations spécifiques entre le Royaume-Uni et l'Afrique du Sud. Les migrations d'infirmières sud-africaines au Royaume-Uni sont en fait un phénomène de longue date. On estimait par exemple qu'en 1992, environ 5% des infirmières enregistrées au Royaume-Uni avaient travaillé en Afrique du Sud (Buchan et al. 1994 : 150). Mais ce sujet prit ainsi une dimension politique inédite en 1997, lorsque Nelson Mandela, alors président sud-africain, en visite officielle à Londres, appela la Grande-Bretagne à stopper le recrutement d'infirmières sud-africaines, dénonçant particulièrement les campagnes de recrutement agressives dont ces personnels faisaient l'objet. Cette déclaration est mentionnée par plusieurs auteurs comme un évènement fondateur vers une prise en compte par les pays de destination des effets du recrutement international sur les pays d'origine. Il faut toutefois noter la difficulté à accéder à une source primaire rendant compte de cette visite. Ainsi, selon certains auteurs, la visite aurait eu lieu en 1997 et seules les infirmières auraient été mentionnées (Willets and Martineau 2004: 8; Kingma 2006: 126) alors que pour d'autres, elle se serait déroulée en 1996 et le recrutement de médecins comme d'infirmières aurait été évoqué (Brindle 1999).

L'intervention de Nelson Mandela se révéla singulièrement efficace puisque c'est précisément suite à cet évènement qu'en 1999, le *Department of Health* (DH) formula des recommandations (DH, *Recommendations*, 1999) à l'encontre des employeurs des *National Health Services* (NHS) les enjoignant à ne pas cibler leur recrutement d'infirmières et de sages-femmes sur l'Afrique du Sud et les Antilles (Willets and Martineau 2004: 8). Il introduisit ensuite un code de pratique établissant une liste de pays en développement au sein desquels le recrutement, cette fois de tout type de personnel de santé, serait prohibé (DH, *Code*, 2001). Ce code fut encore renforcé en 2004 afin d'également couvrir

les agences de recrutement, le personnel temporaire travaillant au sein des NHS ainsi que toute organisation du secteur privé fournissant des services aux NHS (DH, Code, 2004).

Du fait que ce code a précédé de près de 10 ans celui qui sera adopté par les pays membres de l'OMS, il est intéressant de noter qu'au moment de l'élaboration de ce dernier, des études évaluatives du code des NHS étaient déjà disponibles, nuanciant, voire mettant en doute son efficacité (Willets and Martineau 2004; Buchan 2007). D'une part, le code ne couvrant pas l'ensemble des employeurs de Grande-Bretagne, Buchan et al (2005: 18) évoquent des pratiques de recrutement détourné (« *back-door recruitment* ») selon lesquelles des personnels de santé seraient dans un premier temps activement recrutés par le secteur privé avant de rejoindre les NHS. D'autre part, dès lors que le code n'interdit pas toute forme de migration de personnels de santé puisque seul le recrutement actif est visé, il est resté possible d'employer une personne provenant de la liste des pays prohibés dans la mesure où celle-ci aurait entrepris de sa propre initiative les démarches de postulation en Grande-Bretagne. Le but de notre travail n'étant pas d'apprécier un éventuel décalage entre les objectifs poursuivis par le code de NHS et les résultats obtenus, nous n'entendons pas approfondir les analyses évaluatives menées à ce jour. Il paraît toutefois important de relever que si le bilan d'un tel code peut s'avérer mitigé, c'est notamment en raison de l'importance accordée au principe de liberté de migrer et de la façon dont celui-ci est articulé avec les visées du code. Nous ne pouvons pas exclure que cet attachement au droit de migrer puisse également constituer une forme de prétexte légitimant le recours au recrutement international. Il serait toutefois particulièrement difficile de mettre à jour une telle intentionnalité cachée. Mais surtout, il n'en demeurerait pas moins qu'un tel discours revêt nécessairement un caractère performatif, instituant la liberté de migrer comme principe de référence pour la conduite des activités politiques, et ceci d'autant plus qu'en tant que premier instrument de ce type, le code des NHS deviendra un modèle de référence essentiel dans l'élaboration du code de l'OMS.

8.1.3.2 Le code du Commonwealth

Adopté en 2003, le *Commonwealth code of Practice for the International Recruitment of Health Workers* constitua une autre référence importante pour l'élaboration du code de pratique de l'OMS. Celui-ci est d'ailleurs mentionné dans le préambule de la résolution WHA57.19 appelant à l'élaboration d'un code de pratique mondial. A l'instar du code des NHS, le code du Commonwealth contient des dispositions liées au recrutement actif dans les pays en pénurie ou au traitement des personnels de santé migrants. Ce code présente toutefois une caractéristique essentielle le différenciant du code des NHS et qui en fit un instrument passablement controversé puisqu'il est explicitement fait mention de compensations que les pays de destination pourraient verser aux pays d'origine afin de minimiser l'impact de la perte de personnels de santé (voir encadré n°3).

Encadré 4: Extrait du Commonwealth code of Practice, 2003

COMPENSATION / REPARATION / RESTITUTION

“Governments recruiting from other Commonwealth countries should/[may wish to] consider how to reciprocate for the advantages gained by doing so. This could include:

programmes to reciprocate for the recruitment of a country's health workers through the transfer of technology, skills and technical and financial assistance to the country concerned;

training programmes to enable those who return to do so with enriched value;

arrangements to facilitate the return of recruitees (subject to application of the non-discrimination principle and to the rights of the workers concerned in accordance with immigration and other laws)”

Il est alors intéressant de se pencher plus en détail sur le déroulement des discussions ayant mené à l'adoption de ce code. Un projet de code fut dans un premier temps élaboré par le secrétariat du Commonwealth et présenté à la réunion des Ministres de la santé du Commonwealth en novembre 2001 puis en mai 2002. Parallèlement, un document d'accompagnement fut préparé afin de fournir des explications détaillées quant au code. L'adoption formelle du code par les États membres du Commonwealth devait se traduire par la signature du document par les Ministères de la santé au moment de la réunion précédant l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003. Alors qu'un consensus semblait avoir été atteint quant au contenu de ce code, seuls 22 États membres sur les 53 composant le Commonwealth se présentèrent afin de procéder à la signature. Parmi eux ne figuraient que des pays en développement, à l'exception de la Nouvelle-Zélande. Ce retournement de situation semble précisément s'expliquer par la présence de l'épineuse question des compensations. Selon un observateur privilégié des débats, alors que le texte sur lequel les pays s'étaient mis d'accord n'abordait pas cette question, certains pays se seraient concertés la veille de la signature et auraient fait modifier le document de manière à inclure des dispositions liées aux compensations. Le fait que les pays développés n'aient pas adopté le code du Commonwealth illustre donc bien à quel point la question des compensations apparaît comme un point de divergence essentiel entre pays d'origine et de destination ou entre pays développés et pays en développement. Il est intéressant de rappeler ici la nature volontaire du code du Commonwealth. On peut alors déduire du refus des pays développés d'adopter cet instrument que ceux-ci y attribuent bien une force morale susceptible de contraindre leurs pratiques et politiques. Par ailleurs, les motifs de l'adoption du code par la Nouvelle Zélande demeurent peu clairs, ce pays n'ayant pas affiché une position particulièrement marquée lors des débats sur le code de pratique de l'OMS. Quoi qu'il en soit, le code du Commonwealth constitue le premier instrument de nature multilatérale visant à gérer les migrations internationales des personnels de santé. Ainsi, ce code peut être considéré comme une « déclaration théorique », forme de pratique

discursive par laquelle une clé de compréhension spécifique des migrations internationales des personnels de santé peut être promue. De ce point de vue, le débat concernant l'application du code du Commonwealth aux pays qui ne l'ont pas signé devient secondaire dès lors qu'on le considère comme un instrument de référence légitime pour la communauté internationale. Nous allons voir dans la section suivante que le secrétariat de l'OMS a particulièrement participé à un tel processus de légitimation. Nous noterons de surcroît qu'à l'évocation du code du Commonwealth, l'accent sera généralement mis sur l'accomplissement atteint, passant sous silence ses dimensions plus conflictuelles.

8.2 L'inscription du code de pratique sur l'agenda de l'OMS.

Nous nous sommes attachée dans le chapitre précédent à expliquer de quelle manière les acteurs de la scène internationale, qu'il s'agisse de représentants gouvernementaux ou d'organisations internationales, avaient été progressivement sensibilisés à la question de la pénurie mondiale en personnels de santé. Il est apparu que la question des migrations internationales des personnels de santé avait principalement été problématisée comme un phénomène aggravant les pénuries existantes. Nous allons à présent voir de quelle manière ce thème s'est inscrit sur l'agenda de l'Organisation mondiale de la Santé, sous l'impulsion de quels acteurs et quel est le traitement dont il a fait l'objet. Pour ce faire, nous effectuons un compte-rendu des discussions tenues entre les États membres de l'OMS que nous mettons en parallèle avec les stratégies déployées par différents types d'acteurs afin d'orienter le dessein du code.

8.2.1 La résolution WHA57.19 Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement (2004)

Chaque année, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS), qui est l'organe décisionnel suprême de l'OMS, réunit des délégations des 193 États membres. Les résolutions qu'elle adopte peuvent être assimilées à des recommandations en ce sens qu'elles sont non contraignantes mais qu'elles indiquent toutefois une certaine volonté politique. En 2004, l'AMS adopta notamment la résolution *WHA57.19 Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement*. Cette résolution peut être considérée comme le point de départ officiel du code de pratique de l'OMS, qui sera adopté 6 ans plus tard dans la même enceinte puisque c'est elle qui porte, entre autres, la demande adressée au Directeur général d'élaborer un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé. Le texte de la résolution fut déposé par un groupe de pays africains. Il est à noter que l'un des pays initiateurs de cette résolution fut l'Afrique du Sud. On observe ainsi que ce pays joua un rôle essentiel dans la politisation de la question des migrations

internationales des personnels de santé (sa constitution en objet politique), dans un premier temps dans le cadre de ses relations bilatérales avec la Grande-Bretagne, puis dans l'enceinte multilatérale des pays du Commonwealth et finalement à l'échelle mondiale en déposant la résolution WHA57.19.

Conformément aux discussions ayant eu cours durant la même période dans le cadre du Forum de haut niveau sur les objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé, le texte s'appuie dans son préambule sur le constat d'une pénurie de personnels de santé aggravée par les mouvements migratoires : « *Notant avec préoccupation que les personnels de santé des pays en développement hautement qualifiés et compétents continuent à émigrer à un rythme croissant dans certains pays, ce qui fragilise les systèmes de santé des pays dont ils sont originaires* » (WHA57.19, Résolution code n°1, 2004) . C'est donc sur cette base qu'un certain nombre de demandes sont adressées au Directeur général de l'OMS. Outre les requêtes allant dans le sens d'une plus grande visibilité de la question de la pénurie en ressources humaines sur la scène internationale, on relève surtout la demande « *d'élaborer, en consultation avec les États membres et tous les partenaires concernés, y compris les organismes de développement, un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé, en particulier des pays en développement (...)* ». Pascal Zurn, économiste à l'OMS explique la dissension qui marquait alors les relations entre États membres : « *Il y avait deux camps. Un camp, les pays du Sud, c'était de dire, « Nous on perd du personnel de santé » et l'autre camp qui était plutôt les pays industrialisés qui disait « Au fond, si les gens ont envie de venir chez nous, ils viennent ». Alors déjà, ça a été dur de faire accepter cette résolution parce qu'évidemment, si on veut faire un code éthique de recrutement ça fait d'un côté les bons et d'un côté les méchants* » (Entretien n°1, OMS). Une telle tension était sans doute latente dans le cadre des discussions ayant précédé cet évènement mais le contexte intergouvernemental de l'AMS a certainement permis de pleinement révéler un tel antagonisme. Si le texte de la résolution a finalement pu être adopté malgré les divergences entre pays, c'est dans une grande mesure parce qu'il est spécifié par une note de bas de page que dans le système des Nations Unies, l'expression « code de pratique » fait référence à des instruments qui ne sont pas juridiquement contraignants. Il s'agit là d'une demande formulée par les États-Unis pour qui le caractère volontaire d'un éventuel code constituait une condition indispensable pour entrer en négociation. La position de force de ce pays peut ici être soulignée. Durant l'ensemble du processus, il sera en effet considéré comme particulièrement important pour le secrétariat de l'OMS que les États-Unis soient engagés dans l'élaboration du Code et adoptent l'instrument (PO). L'attitude défensive des États-Unis peut notamment s'expliquer par le fait que ce pays, en tant que principale destination des personnels de santé migrants, est particulièrement exposé aux critiques émanant des pays d'origine. Dans ce cadre, le pouvoir des États-Unis semble avoir surtout été de type symbolique dans la mesure où un instrument mondial auquel ne souscriraient pas les États-Unis serait bien moins convaincant. La nature volontaire du code de pratique peut donc notamment être comprise comme résultant de relations de pouvoir inégales entre les États.

Encadré 5: Extrait de la Résolution AMS 57.19 Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement

INVITE INSTAMMENT les États Membres :

à élaborer des stratégies pour **atténuer les effets néfastes de la migration des personnels de santé** et en réduire le plus possible les répercussions négatives sur les systèmes de santé ;

à formuler et appliquer des politiques et des stratégies qui permettraient de **mieux retenir les personnels de santé**, notamment – mais pas uniquement – par le renforcement des ressources humaines pour la planification et la gestion sanitaires ainsi que par la révision des salaires et l'application de systèmes d'incitations ;

à recourir à des **accords de gouvernement** à gouvernement pour créer des programmes d'échange de personnels de santé comme mécanisme de lutte contre leur émigration ;

à mettre en place des **mécanismes pour atténuer**, dans les pays en développement, l'effet négatif de la perte de personnels de santé du fait de leur émigration, notamment des moyens par lesquels les pays de destination appuieront le renforcement des systèmes de santé, en particulier le développement des ressources humaines, dans les pays d'origine des personnels ;

PRIE le Directeur général

1)-4) (...)

d'élaborer, en consultation avec les Etats Membres et tous les partenaires concernés, y compris les organismes de développement, un **code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé**, en particulier des pays en développement, et de faire rapport à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis ;

d'appuyer les efforts des pays en facilitant le dialogue aux plus hauts niveaux national et international ainsi qu'entre les parties prenantes et en menant une action de sensibilisation au phénomène de la migration des personnels de santé et à ses effets, y compris en examinant les modalités par lesquelles les **pays de destination pourraient compenser la perte** des agents de santé, par exemple en investissant dans la formation de professionnels de la santé ;

La résolution ne précise pas quel serait le contenu d'un tel code. A cet égard, la référence au code du Commonwealth cité en partie introductive nous fournit des indications quant à la substance du futur code de l'OMS. Le code du Commonwealth prévoyait par exemple que le recrutement ciblé dans les pays en pénurie soit découragé, que les droits et conditions de travail des personnels de santé migrants soient préservés dans les pays de destination ou que les pays de destinations reversent des compensations aux pays d'origine. Une autre manière d'avoir un aperçu du contenu envisagé du code est de s'intéresser aux recommandations formulées à l'intention des États membres (voir encadré ci-dessus). Le premier paragraphe est difficilement interprétable car extrêmement général et susceptible de renvoyer à des pratiques très diverses. Le second s'adresse plutôt aux pays d'origine et traite des facteurs « push » initiant la migration. On relevera qu'une telle recommandation s'appuie sur la responsabilité qu'ont les pays d'origine à retenir leur personnel de santé. Il est ensuite suggéré de

recourir à des accords de gouvernement à gouvernement pour créer des programmes d'échange de personnel. D'une part, on peut relever à ce sujet l'approche bilatérale préconisée. En effet, bien que le contexte de la résolution soit le cadre mondial, c'est bien entre deux gouvernements qu'il est suggéré de régler les mouvements de personnels de santé. D'autre part, si l'objectif des accords mentionnés est bien de lutter contre l'émigration, le mécanisme d'échange de personnels de santé mentionné préconise en fait la circulation des agents de santé. C'est donc bien l'émigration définitive ou de longue durée telle qu'engendrant un phénomène de *brain drain* qui est décriée alors que la circulation supposant des séjours de plus courte durée hors du pays d'origine est envisagée de façon plus favorable. Enfin, la dernière recommandation aborde un sujet qui s'avérera particulièrement polémique entre pays d'origine et pays de destination. Il est ici question de mécanismes à travers lesquels les pays de destination atténueraient l'effet négatif de l'émigration de personnels de santé dans les pays en développement. Bien que les mécanismes évoqués ne soient pas exposés de façon détaillée, on comprend qu'il s'agit pour les pays de destination de fournir une forme de compensation aux pays d'origine pour le personnel recruté à l'étranger. A l'inverse de la recommandation portant sur la fidélisation du personnel de santé dans les pays d'origine, c'est donc ici bien aux pays de destination qu'est attribuée la responsabilité de l'émigration et par là, de la pénurie en personnel de santé. On peut encore relever que la référence à un principe de compensation suscita une certaine suspicion quant aux motivations réelles des pays ayant initié la résolution. Une telle méfiance est exprimée par un observateur privilégié des débats: « *Je pense que quand les pays africains ont voulu avec cette résolution créer ce code, ce qui les intéressait, ce n'était pas vraiment d'interdire la migration. Ce qui était derrière, c'était surtout que de leur point de vue, ils voulaient absolument une compensation pour les frais de la formation sur le personnel* » (Entretien X).

8.2.2 La résolution WHA58.17 Migrations internationales de personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement (2005)

Une année après l'adoption de la résolution *WHA57.19 Migrations internationales de personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement*, on n'observait guère d'avancée concernant l'élaboration d'un code de pratique mondial. Dans le rapport remis par le Secrétariat de l'OMS concernant la mise en œuvre des résolutions (A58, Rapport du Secrétariat, 2005 : 11-12), ce sont plutôt les efforts réalisés en vue de soulager la pénurie en personnels de santé dans les pays en développement qui sont exposés. En ce qui concerne la perspective d'un code de pratique mondial, il est mentionné que « *l'examen des codes de pratique et des accords commerciaux régionaux et bilatéraux a montré qu'ils n'ont qu'un effet limité sur les migrations d'agents de santé. Des recommandations éthiques ont été élaborées soulignant le rôle et les responsabilités tant des pays d'accueil que des pays d'origine des travailleurs migrants et ceux des travailleurs eux-mêmes. De vastes consultations sur ces recommandations seront organisées avec les États membres tout au long*

de 2005. Ces recommandations devraient être prêtes en 2006 et aider des États membres à négocier des accords bilatéraux mutuellement bénéfiques) ». En soulignant l'efficacité limitée des codes de pratiques existants, le secrétariat de l'OMS semble alors envisager avec un certain scepticisme l'intérêt d'un code de pratique mondiale et fait preuve d'une grande prudence quant aux perspectives de développement d'un tel instrument.

Malgré la retenue affichée par le secrétariat de l'OMS, un groupe de pays africains déposa lors de la 58^{ème} réunion de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2005 une nouvelle résolution amenée à être intitulée *WHA58.17 Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement*. Cette nouvelle résolution avait en fait surtout pour objectif de venir appuyer la mise en œuvre de la résolution WHA57.19, dont le titre fut d'ailleurs repris. La question du code de pratique figure parmi les domaines pour lesquels un effort supplémentaire est attendu, ce à quoi le sous-directeur général de l'OMS, le Dr Evans, avec la réserve dont le secrétariat de l'OMS aura déjà fait preuve dans son rapport, répondra « *qu'en ce qui concerne le code de bonne pratique, différents scénarios sont actuellement en préparation, l'objectif étant de parvenir à des résultats plus tangibles et plus efficaces que n'en ont eu les codes de bonne pratique existants.* » (WHA58 Summary records, 2005: 335).

De manière plus générale, on peut noter que la majorité des allocutions des États membres visa à souligner le problème que représentait l'émigration des personnels de santé en provenance des pays les moins développés. Mais si la nécessité de résoudre ce problème fut à plusieurs reprises soulignée, les mesures qui devraient être prises ne furent pour leur part que très peu discutées, et c'est plutôt le soutien de la résolution AMS 58.17 qui constitua alors la réponse politique. A l'issue de ce compte-rendu des discussions, on peut noter que si le problème est alors clairement identifié, les causes envisagées des migrations sont alors multiples et la manière dont devrait se formuler une réponse politique sur le plan mondial peine à être clairement formulée. L'idée d'un code de pratique mondial, bien que mentionnée par l'un ou l'autre intervenant, ne semble alors pas particulièrement mobiliser l'attention des acteurs présents. Par ailleurs, les consultations envisagées par le Secrétariat de l'OMS auprès des États membres en vue de l'élaboration de recommandations ne furent finalement pas menées en 2005.

8.2.3 La résolution WHA59.23 Accélération de la production de personnels de santé (2006)

L'année suivante, les discussions furent notamment alimentées par le *Rapport sur la santé dans le monde* paru dans l'intervalle. En application de la résolution WHA57.19 déposée en 2004, celui-ci fut consacré au thème des personnels de santé. Au bénéfice de l'actualité du sujet, une nouvelle et troisième résolution reprenant encore l'intitulé *Migrations internationales de personnel de*

santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement fut soumise à l'assemblée. C'est cette fois la délégation de Thaïlande qui déposa le projet de résolution, marquant l'engagement progressif de ce pays sur le thème des ressources humaines pour la santé et d'une certaine manière, le désengagement des pays africains.

Dès le passage de la résolution en commission, la Thaïlande, suite à une concertation avec onze États membres proposa de modifier le titre de la résolution et de la renommer *Accélération de la production de personnels de santé* (WHA59, Procès-verbaux, 2006 : 160). Cette modification du titre de la résolution peut être considérée comme reflétant la hiérarchie perçue dans les causes de la pénurie et en conséquence, les réponses politiques suggérées. Le Rapport sur la santé dans le monde ayant annoncé un manque de 4.2 millions de personnels de santé, c'est le manque de personnel de santé formés qui est mis en évidence et les questions de migrations, tout comme les demandes de compensation qui y sont liées, deviennent secondaires. Cette résolution vise donc tout particulièrement à encourager la planification pour la formation de personnels de santé et à soutenir, notamment financièrement, la revitalisation des établissements de santé de façon à accroître rapidement les admissions d'étudiants.

Afin de se donner les moyens d'atteindre les objectifs mentionnés, le projet de résolution s'accompagna d'un budget estimant l'incidence financière pour l'organisation. Il était alors estimé que sur les 9 284 000 dollars considérés comme nécessaires pour l'exercice de l'année 2006-2007, 3 184 000 dollars pourraient être absorbés dans les activités programmées existantes, nécessitant un montant supplémentaire de 9 100 000 dollars. C'est en fait par l'intermédiaire de l'Alliance que les fonds faisant défaut furent mobilisés. On observe ici que si l'Alliance et l'OMS collaborèrent ensemble sur le thème des ressources humaines, on peut envisager les organisations tant comme complémentaires que concurrentes. L'Alliance était d'ailleurs explicitement mentionnée dans le projet de résolution.

Il est intéressant de noter que si la résolution déplaça l'attention des migrations à la formation de personnels de santé, la plupart des interventions réalisées au cours des discussions se concentrèrent néanmoins sur le thème des migrations et de leur impact pour les pays d'origine. La résolution débattue ciblant son action sur les pays en développement, on peut interpréter ces interventions comme visant à encourager les pays développés, potentiellement recruteurs de personnels de santé étrangers, à s'engager financièrement pour la formation des personnels de santé dans les pays d'origine. En dénonçant le recrutement international des personnels de santé, il est donc possible d'en appeler, non seulement à un argument de type humanitaire mais plus encore à la responsabilité des pays de destination.

A l'instar de l'année précédente, le principe d'un code de pratique comme solution globale ne fait toujours pas l'objet d'un intérêt particulier. On peut ainsi retenir des discussions tenues en 2006 que si le cadre de compréhension de la pénurie en personnel de santé est bien global, ou du moins

international avec une mise en évidence de l'impact négatif des migrations internationales, le cadre d'intervention reste principalement focalisé sur les pays en développement.

8.3 2004-2008: La période de latence au sein de l'OMS

Le passage en revue des débats tenus aux Assemblées mondiales de la Santé en 2004, 2005 et 2006 nous révèle qu'après que la possibilité d'un code de pratique mondial ait été évoquée en 2004, cette perspective fut reléguée au second plan les années suivantes. Il faudra en fait attendre 2008, soit quatre ans après la résolution WHA57.19, pour qu'un premier projet de code soit présenté à la communauté internationale. Il s'agit dès lors d'expliquer, en premier lieu, les motifs d'une telle latence, afin de pouvoir saisir quels ont été les facteurs ayant ensuite joué le rôle de moteur dans l'élaboration du code.

Selon un observateur privilégié, la direction générale de l'OMS ne souhaitait initialement pas endosser un rôle proactif dans la réalisation d'un code de pratique mondial. L'organisation concevait alors plutôt son rôle comme devant permettre la facilitation d'un processus restant du ressort des États membres. Ainsi, bien que la résolution WHA57.19 ait appelé à l'élaboration d'un code de pratique mondial, il fut considéré que la volonté des États membres à ce sujet n'était pas suffisamment affirmée pour que des démarches soient effectivement entreprises en ce sens (PO). On peut également lier cette réticence au fait que la menace de demande de compensations de la part des pays d'émigration envers les pays de destination donnait à la thématique un caractère potentiellement très polémique qui aurait pu amener le secrétariat de l'OMS à se positionner contre les pays de destination s'il avait cherché plus activement à développer un code de pratique à cette époque (PO). Le sujet des migrations internationales des personnels de santé fut toutefois bien inscrit à l'agenda de l'OMS mais cela se traduisit plutôt par les efforts entrepris afin de documenter le phénomène. C'est d'ailleurs principalement à travers la collaboration avec l'OCDE que ces efforts se concrétisèrent, avec la publication du chapitre spécial dans l'édition 2007 des « *Perspectives des migrations internationales* » ainsi que sur la publication conjointe parue en 2008.

Alors que l'avenir d'un code de pratique était relativement incertain au sein de l'OMS, un tel flottement constitua en fait une opportunité pour l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé (HWMPI, voir chapitre 10), qui s'empara du sujet et joua un rôle essentiel pour susciter le développement du code. Lors de sa création en mai 2007, celle-ci se donnait d'ailleurs pour mandat d'établir « *une feuille de route et un cadre pour l'élaboration d'un code mondial de bonnes pratiques en matière de migration des personnels de santé et cherchera à obtenir l'adhésion de hauts responsables politiques à ses recommandations* » et « *d'aider l'OMS à rédiger un code international de bonnes pratiques en matière de migration des personnels de santé* » (HWMPI, Note

d'info, 2007). On peut ici saisir le positionnement quelque peu ambigu de l'Initiative qui, étant institutionnellement liée à l'OMS, développe des activités sur un thème figurant à l'agenda de l'organisation tout en conservant son caractère indépendant. Par ailleurs, en tant qu'organisation non-gouvernementale, bien qu'elle soit également composée de représentants gouvernementaux, l'Initiative ne revêt pas le même caractère de représentativité mondiale que l'OMS. A partir de mai 2007, l'Initiative se réunit de façon bisannuelle afin de définir le cadre d'un code de pratique mondial. Il est d'ailleurs frappant de constater que dans son rapport soumis au Conseil Exécutif de janvier 2008, le Secrétariat de l'OMS mentionna essentiellement les efforts entrepris par l'Initiative pour décrire les développements en cours concernant l'élaboration d'un code de pratique. Dans le cadre des débats entre représentants gouvernementaux qui furent tenus au Conseil exécutif de cette année (EB122, Summary records, 2008), on peut alors constater qu'à la relative indifférence vis-à-vis d'un code de pratique mondial affiché deux ans auparavant, a succédé un engouement beaucoup plus manifeste. Plus précisément, alors que lors des dernières discussions, il avait uniquement été fait référence à un possible code mondial pour en souligner les limites, un plus large consensus semble se dessiner en 2008 concernant la désirabilité d'un tel code, par ailleurs sans que son contenu ne soit précisément abordé. En d'autres termes, le code, considéré dans un premier temps comme un substitut à l'action en vient à être perçu comme le vecteur de l'action. Ces déclarations constituèrent certainement des signaux d'encouragement de la part des États membres à l'attention de l'OMS, mais vraisemblablement ceux-ci ne furent pas encore considérés comme suffisamment forts pour que l'organisation s'empare véritablement du projet.

On peut également relever que dans le cadre de ces discussions, le principe d'élaborer un code de pratique mondial fut non seulement appuyé par les pays en développement ou émergents se disant affectés pour l'émigration de leurs personnels de santé tels que la Chine, le Sri Lanka, les Bahamas, Djibouti, ou la Moldavie, mais également par les pays de l'Union européenne auxquelles s'associent plusieurs autres pays politiquement ou économiquement proches¹⁶. On peut souligner que la position de l'Union européenne était alors délicate dans la mesure où tant des pays affectés par le départ de leurs professionnels de santé que des pays de destination composent l'organisation, les uns et les autres ayant potentiellement des intérêts contradictoires quant au développement d'un code de pratique. Les déclarations de ses représentants reflètent ainsi le consensus atteint par ses États membres, marquant l'importance de l'Union européenne comme espace d'élaboration d'un consensus en vue de débats à

¹⁶ Lors de la réunion, le délégué slovène affirma s'exprimer "on behalf of European Union, the European Free Trade Association countries Iceland and Norway, members of the European Economic Area, and Switzerland". Il est ajouté que "The candidate countries Turkey, Croatia and The former Yugoslav Republic of Macedonia, the countries of the Stabilisation and Association Process, and potential candidates Albania, Bosnia and Herzegovina, Montenegro and Serbia, as well as Ukraine, Armenia, Georgia and the Republic of Moldova, aligned themselves with his statement" (EB 122, Summary records, 2008).

l'échelle mondiale¹⁷. Par contre, le délégué états-unien, tout en reconnaissant l'utilité de lignes directrices volontaire en la matière, s'opposa à un code en tant qu'instrument de *soft law*, qui plus est visant à « gérer » (*to manage*) les migrations. Ainsi, alors que dans un premier temps, le débat opposait de façon frontale pays d'origine et pays de destination, ou pays en développement et pays développés, les déclarations faites lors de ce Conseil exécutif indiquèrent qu'une coalition beaucoup plus large tendant à renverser les rapports de force était en train de se former en faveur d'un code de pratique mondial.

Du 2 au 7 mars 2008, l'Alliance organisa le Premier forum mondial sur les ressources humaines pour la santé. Cet événement, qui réunit plus de 1000 représentants gouvernementaux, d'organisations internationales ou de la société civile, avait pour objectif de susciter un engagement de la communauté internationale en faveur du développement des ressources humaines pour la santé. Cette manifestation constitua une plateforme de discussion pour aborder le thème des migrations internationales des personnels de santé. Une réunion organisée par l'Initiative fut d'ailleurs spécifiquement consacrée au projet de code et fut l'occasion d'en discuter les lignes directrices. Ce forum déboucha sur la Déclaration de Kampala, par laquelle il fut notamment appelé à ce que l'OMS accélère les négociations relatives au code de pratique. Mais en termes de plaidoyer politique, le forum fut aussi l'occasion pour des délégués français et japonais de se mobiliser afin de faire en sorte que le principe d'un code soit soutenu par le G8. Le « Groupe des huit » devait alors effectivement réunir les chefs d'État des États-Unis, Royaume-Uni, France, Allemagne, Italie, Russie, Japon et Canada du 7 au 9 juillet 2008 à Hokkaido (Japon). C'est ainsi par le travail de plaidoyer et par l'entremise de ces délégués que la déclaration officielle du G8 parue le 9 juillet 2008 formule la mention selon laquelle le G8 "*encourage the World Health Organization (WHO) work on a voluntary code of practice regarding ethical recruitment of health workers*" (G8, 2008). Cette déclaration aura un rôle particulièrement important car elle constituera en fait un message politique fort pour l'OMS, donnant le feu vert à l'élaboration d'un code de pratique. Alors que durant une année, l'Initiative avait porté le projet de code, c'est ainsi l'OMS qui reprit les commandes du processus à partir de l'été 2008. A l'issue de ces développements, deux observations principales peuvent être faites. Premièrement, on observe que si plusieurs pays en développement appelaient depuis plusieurs années déjà à l'élaboration d'un code de pratique mondial, il aura fallu qu'un signal positif provienne également des pays développés, ici représentés de façon suprême par le G8. A cet égard, le fait que ce groupe réunisse les chefs d'États des économies les plus riches de la planète aura certainement donné un poids politique particulièrement important à l'encouragement formulé. C'est toutefois clairement le travail de plaidoyer réalisé en amont du Sommet de Hokkaido par les membres de l'Initiative qui est à l'origine de la déclaration. Deuxièmement, le travail de plaidoyer de l'Initiative aura eu pour effet

¹⁷ En 2008, la Commission européenne a publié un livre vert relatif au personnel de santé en Europe, lequel aborde notamment les questions de mobilité et de migration du personnel de santé.

paradoxal qu'en réussissant effectivement à obtenir le soutien d'acteurs politiques de haut niveau, elle se verra concurrencée dans son rôle de porteuse du projet de code par l'OMS. Un temps d'ajustement sera alors nécessaire afin que l'OMS et l'Initiative délimitent clairement leurs activités respectives. Au final, l'Initiative poursuit principalement des fonctions de sensibilisation, d'information et de plaidoyer alors que l'OMS prit en charge la dimension dite « technique », c'est-à-dire l'élaboration du projet de code ainsi que les consultations formelles auprès des États Membres.

8.4 Le processus d'élaboration du code

Après avoir laissé le projet de code entre les mains de la HWMPI, l'OMS, confortée par le soutien politique notamment apporté par le G8, se saisit donc pleinement du dossier à partir de 2008. Dès lors qu'il sera défini que l'organisation entend mener à son terme ce projet, celle-ci établit un processus de consultation devant permettre de définir le contenu du code. Trois types d'acteurs peuvent être mentionnés comme participant à cette démarche : les gouvernements, les acteurs non gouvernementaux ainsi que le secrétariat de l'OMS. Dans un premier temps, la conduite d'une consultation publique mondiale sur Internet vise à saisir le maximum de vues, émanant d'acteurs les plus divers sur ce projet. Dans un deuxième temps, ce sont les États membres dont il s'agit de concilier les perspectives, d'abord à travers la tenue de consultations puis par la conduite de négociations. Au cours de ce processus, le Secrétariat de l'OMS joua un rôle primordial en élaborant des versions successives du projet de code de pratique. Pour ce faire, celui-ci dut effectuer un arbitrage afin de définir quels aspects sont retenus ou exclus du projet de code parmi les différentes demandes formulées.

8.4.1 La consultation publique

Suite à la déclaration du G8, le secrétariat de l'OMS fut particulièrement réactif. Il prépara un premier projet de code en s'appuyant sur « *les accords régionaux et bilatéraux, les mémorandums d'accord et les codes de pratique nationaux et régionaux existants, ainsi que sur les travaux menés en collaboration dans le cadre de l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé et du premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé* » (EB124, Rapport du Secrétariat, 2008 : 2). Puis entre le 1er septembre et le 3 octobre 2008, le Secrétariat organisa une consultation publique d'ampleur mondiale sur le Web. Le but affiché d'une telle démarche était de consulter un ensemble le plus large possible de parties prenantes sur ce premier projet de code de pratique (WHO, Public hearings, 2008), chacun pouvant réagir sur une partie ou sur l'ensemble de ce texte.

La grande ouverture de la consultation est certainement à mettre en lien avec la reconnaissance du fait que le phénomène implique des acteurs très divers : gouvernements, travailleurs de la santé, organisations professionnelles, employeurs, recruteurs. Au final, en tant que patient potentiel, toute personne semble en fait être appelée à être concernée par le sujet et donc à exprimer son opinion quant au contenu du code. Mais le principe d'une consultation mondiale joue également un rôle important de légitimation du code en tant qu'instrument dit « universel ». Or, on peut questionner le caractère participatif de cette démarche. En effet, si toute personne ou organisation est invitée à formuler ses remarques, ce sont finalement les gouvernements nationaux qui sont amenés à négocier et adopter le code. A cet égard, le Secrétariat de l'OMS joua un rôle essentiel dans sa manière de compiler les différents commentaires reçus, comme nous le verrons lors de la discussion sur l'évolution de la substance du code. De plus, si les gouvernements nationaux furent informés par voie officielle de la possibilité de participer à la consultation (une lettre circulaire fut adressée aux représentants gouvernementaux auprès de l'OMS), seuls les interlocuteurs déjà identifiés par l'OMS comme potentiellement intéressés, furent directement informés par email de la consultation (PO).

De fait, près de 90 contributions furent adressées au Secrétariat de l'OMS. Compte tenu de la dimension mondiale de la démarche, ce nombre peut être considéré comme relativement modeste. Le tableau ci-dessous nous permet de synthétiser la provenance de ces contributions. Ainsi, vingt contributions émanèrent de gouvernements nationaux, principalement d'Europe ou d'Afrique. Seize commentaires provinrent des milieux académiques ou de la formation avec ici une prédominance du monde anglo-saxon (États-Unis et Grande-Bretagne). Les commentaires des organisations non-gouvernementales représentent tant des ONG liées à un pays donateur que les ONG d'envergure internationale. Il est aussi frappant de constater le nombre de commentaires émanant de représentants des organisations intergouvernementales, spécialement des représentants régionaux de l'OMS. Un nombre important de contributions peuvent encore être rapportées à des organisations professionnelles, nationales ou internationales dont les commentaires furent plutôt orientés par la plus grande sensibilité de ces organisations au thème de la protection des travailleurs migrants. Comme il le sera plus tard observé par un délégué thaïlandais (EB126, Summary records, 2010: 112): « *Responses from professional organizations that dealt with migrant workers had far outnumbered those from the developing countries which were most affected. Views obtained via the Internet would inevitably constitute a biased sample* ». La participation inégale des différents détenteurs d'intérêts a donc mené à la surreprésentation de certaines vues et à la sous-représentation d'autres. On pourrait d'ailleurs s'interroger quant aux motifs de la faible participation de certains acteurs.

De manière générale, la question linguistique a dû constituer un obstacle de moindre importance puisque ce premier projet de Code fut traduit dans les six langues officielles de l'OMS¹⁸.

¹⁸ Les six langues officielles de l'OMS sont l'anglais, le français, l'arabe, le russe, l'espagnol ainsi que le chinois.

On se demande alors si, par exemple, le fait que les gouvernements des Amériques ou d'Asie se soient très peu prononcés reflète un manque d'information quant à l'opportunité de participer à la consultation, une absence d'intérêt ou même une forme d'opposition au principe de rédiger un code de pratique mondial ? Quelle(s) que soi(en)t la(es) réponse(s) à cette question, il apparaît évident que l'objectif de représentativité mondiale de la consultation tel que poursuivi par la démarche participative s'est heurté à un certain nombre de limites. Malgré ce bilan, le principe qu'une consultation mondiale ait été mise sur pied sera régulièrement évoqué par le secrétariat de l'OMS dans ses documents officiels, suggérant une légitimité se voulant universelle. Finalement, on mentionnera encore les sept contributions qui furent explicitement apportées à titre individuel, tout en notant le caractère équivoque de certains commentaires dont il n'était pas forcément possible de savoir s'ils furent apportés au nom de leur auteur ou de l'organisation à laquelle ceux-ci appartenaient.

Figure 4: Synthèse des commentaires reçus lors de la consultation électronique mondiale sur le code (été 2008)

Gouvernements	20
Milieux académiques et de la formation	16
Organisations non gouvernementales	16
Organisations intergouvernementales	14
Associations professionnelles internationales	9
Associations professionnelles nationales	7
Contribution personnelles	7
Total	89

8.4.2 2009 : Poursuite des consultations en vue d'un consensus

A l'issue de la consultation publique, le Secrétariat prépara un document de synthèse des commentaires reçus, exposant les différentes vues exprimées et relevant les sujets pour lesquels certaines tensions apparaissaient (EB124, Rapport du Secrétariat, 2008). Ce document fut accompagné d'une version révisée du code ainsi que d'un rapport soumis au Conseil exécutif de janvier 2009. Dans son rapport, le Secrétariat de l'OMS proposait une résolution par laquelle les États membres du Conseil exécutif recommandaient à l'Assemblée mondiale de la Santé du mois de mai 2009 d'adopter le code de pratique.

Lorsque ce point fut abordé à l'ordre du jour, la majorité des États membres du Conseil exécutif manifestèrent leur soutien au projet de code (EB124, Summary records, 2009). Toutefois, la plupart des pays représentés formulèrent également un certain nombre de demandes de révisions concernant son contenu. Certains pays exposèrent leurs bonnes pratiques en matière de gestion des ressources humaines pour la santé mais la plupart des commentaires concernant directement le projet de code se focalisèrent en fait sur la question de la mutualité des bénéficiaires, soit sur la question des compensations que les pays de destination pourraient verser aux pays d'origine. Alors que la plupart

des pays en développement en appelèrent à un renforcement de cet aspect, ceux-ci se heurtèrent à la position des Etats-Unis, considérant pour leur part qu'en l'état, le projet de code allait déjà trop loin dans cette direction. On peut également relever que la question du caractère volontaire ou contraignant du code de pratique, bien qu'a priori fixée par la résolution WHA 57.19, n'était pas encore admise par tous puisque des visées divergentes furent encore exprimées à ce sujet.

En conséquence, le consensus se porta sur l'idée de poursuivre les consultations, dans un premier temps dans le cadre d'une session parallèle lors de l'Assemblée mondiale de la Santé du mois de mai de cette année-là, puis dans le cadre des comités régionaux de l'OMS se tenant au cours de l'été 2009. Selon la procédure qui fut alors définie, l'objectif d'adoption du code de pratique par les États membres fut donc repoussé à l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2010.

De fait, la session spéciale initialement prévue lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2009 ne put pas avoir lieu. L'agenda de cette Assemblée fut en effet largement redéfini par les contingences liées à la question de l'épidémie de grippe A(H1N1) qui menaçait cette année-là. Mais comme convenu lors du Conseil exécutif, le thème du code de pratique fut soumis aux comités régionaux¹⁹ de l'OMS se tenant entre le 31 août et le 8 octobre 2009. De plus, au cours de cette année, le soutien de la Communauté internationale au projet de code de pratique de l'OMS fut à nouveau exprimé à travers la Déclaration du G8 se tenant à l'Aquila (Italie) du 8 au 10 juillet 2009 : *“We reaffirm our commitment to address the scarcity of health workers in developing countries, especially in Africa and we note the 2008 Kampala Declaration and the Agenda for Global Actions launched by the Global Health Workforce Alliance. We encourage the WHO to develop by 2010 the code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel”* (G8, 2009). La finalisation du code de pratique fut également encouragée par le biais de la Déclaration Ministérielle du Conseil économique et social des Nations Unies se tenant du 6 au 10 juillet 2009 (Déclaration ministérielle, 2009) : *“We encourage the finalization of a code of practice on international recruitment of health personnel”*.

Sur la base des commentaires effectués lors des réunions des Comités régionaux de l'OMS, le Secrétariat prépara un nouveau projet de code, lequel mettait en évidence les propositions formulées dans le cadre de chaque Comité régional. Lors de la discussion tenue au Conseil exécutif de janvier 2010 (EB126, Summary records, 2010), si la majorité des représentants gouvernementaux considèrent que le projet de code de pratique se voyait grandement amélioré par rapport à l'année précédente, de nombreuses suggestions de révisions furent néanmoins énoncées. Certes, quelques États membres se disaient prêts à directement adopter le code, mais la majorité souhaitait que des

¹⁹ La 59e session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique eut lieu du 31 août au 4 septembre 2009 à Kigali (Rwanda) ; la 62e session du Comité régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est eut lieu les 7 et 10 septembre 2009 à Katmandou (Népal) ; la 59e session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe eut lieu à Copenhague (Danemark) ; la 60e session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental eut lieu à Hong Kong (Chine) ; la 61e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques eut lieu à Washington DC (Etats-Unis) ; la 56e session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale eut lieu à Fès (Maroc).

consultations puissent encore être tenues avant que le projet de code ne soit soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé. C'est la Directrice générale de l'OMS, le Dr Margaret Chan, qui trancha finalement, en décidant que le projet de code serait soumis tel quel à l'Assemblée mondiale de la Santé et que parallèlement, le Secrétariat de l'OMS recueillerait et transmettrait les commentaires que les États membres souhaiteraient encore apporter avant les négociations. On peut ici relever que l'intervention de la Directrice générale aura été essentielle pour aller de l'avant dans l'adoption du code de pratique puisque par sa décision mit un terme au processus de consultation afin d'y faire succéder le processus de négociation entre États membres.

8.4.3 Mai 2010 : négociations et adoption du code de pratique de l'OMS

Si, formellement, les négociations entre États membres sur le code de pratique débutèrent le 17 mai 2010 dans les enceintes de l'Assemblée mondiale de la Santé, elles furent en fait amorcées quelques jours auparavant dans un cadre plus officieux. Ainsi, le Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration organisa un dialogue inter-régional à Madrid les 9 et 11 mai, auquel participèrent une cinquantaine de personnes, dont des représentants gouvernementaux de pays africains ainsi que de pays occidentaux. Cette réunion se donnait principalement pour objectif de trouver un terrain d'entente convenant à l'ensemble des participants. Bien qu'il ne nous soit pas possible de connaître la teneur de l'ensemble des discussions qui eurent lieu à cette occasion, l'un des résultats les plus manifestes fut que les pays en développement renoncèrent explicitement à ce que le code prévoie des mécanismes de compensations des pays de destination envers les pays d'origine. A l'approche des négociations, la résolution de cet important point de dissension paraissait en effet essentielle à la création d'un consensus entre l'ensemble des États membres. Il est à noter que la concession faite par les pays d'origine ne signifiait pas que ceux-ci rejetaient le bien-fondé de compensations. Sur le fond, il s'agissait toujours d'une revendication considérée par eux comme légitime. C'est ici l'aspect pragmatique qui l'a emporté, ils reconnaissaient qu'un consensus serait tout bonnement impossible si une telle demande était maintenue. L'expérience du code de pratique du Commonwealth fut une référence importante puisque c'est justement la question des compensations qui fut la cause de la faible adhésion des pays développés à ce code.

C'est sur la base de cet acquis que débuta le 17 mai l'Assemblée mondiale de la Santé. Dès la première journée de l'assemblée, il fut décidé qu'un groupe de travail serait mis sur pied pour travailler sur le projet de code afin que celui-ci soit ensuite soumis pour considération et éventuellement pour adoption au Comité A, lequel est responsable des questions d'ordre technique. Le groupe de travail fut mis sur pied sous la présidence du Dr Viroj Tangcharoensathien, ce délégué thaïlandais ayant déjà suivi le projet de code au cours des différentes étapes de son élaboration. Il réunit les représentants d'une trentaine de pays. En tant qu'acteurs clés du débat sur le recrutement international des personnels de santé, participèrent notamment l'Afrique du Sud, la Norvège, les États-

Unis, le Botswana, l'Ouganda, la Kenya, le Zimbabwe, la Thaïlande, la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Canada et la Suisse. L'Union européenne fut représentée par le délégué espagnol et un certain nombre de pays membres participèrent également aux négociations (France, Belgique, Royaume-Uni, Suède, Allemagne, etc.)

Ce groupe de travail se réunit ainsi dès l'après-midi du lundi 17 mai. Il fut limité aux seuls délégués gouvernementaux et l'accès fermé aux membres de la société civile. Nous n'entendons pas développer ici le contenu des débats qui occupèrent les délégués, le chapitre suivant traitant spécifiquement de l'évolution du contenu substantif du code. Afin de résumer la situation, on peut mentionner qu'à l'issue des négociations, les changements concernant la substance du code furent limités. Les différences observées par rapport au projet de code servant de document de travail concernèrent essentiellement le choix de vocabulaire utilisé, avec le recours à des formulations tendant à diminuer le caractère prescriptif au code. Par exemple, l'expression « dans la mesure du possible » apparaît neuf fois dans le texte final. On trouve également cinq références au « droit applicable » des États dont il s'agit de tenir compte dans la mise en œuvre du code. Le recours à de telles « ruses du discours » a notamment été analysé par Rist (2002). Selon l'auteur, cette « langue de bois » illustre notamment le fait que dans le champ de l'international, la production rituelle de textes serait plus importante que leur contenu idéal (39-40). Mais surtout, ce langage, en neutralisant le discours, aurait pour effet d'objectiver les actions et les choix politiques. Dans la mesure où le code est par nature un instrument non-contraignant, les changements évoqués peuvent paraître superflus et suggérer une faible intention d'en mettre en œuvre les principes de la part de certains États. Mais d'un autre côté, le recours à de tels subterfuges réthoriques a précisément permis de maintenir les principes controversés dans le texte final et en a favorisé l'adoption unanime.

Afin de décrire les forces en présence, on peut relever que les États-Unis, bien que disposés à la négociation, défendirent la position la plus restrictive quant au contenu du code. D'autres pays, tels que les membres de l'Union européenne, le Canada ou la Nouvelle-Zélande veillèrent également à ce que le code ne formule pas de recommandations trop exigeantes à l'encontre des pays de destination. Les pays africains étaient en première ligne pour défendre la perspective des pays d'origine. Ceux-ci furent également soutenus dans leurs efforts par les représentants de la Norvège ainsi que ceux du Brésil faisant écho aux demandes formulées par ces pays. L'implication du délégué norvégien qui teint tête à plusieurs reprises au représentant américain fut particulièrement marquante. Les discussions se poursuivirent le mardi ainsi que le mercredi pour finalement s'achever le jeudi à 4h30 du matin. A l'issue de ses travaux, ce groupe de travail put soumettre au comité A de l'AMS un projet de résolution sur le code. Bien que ce comité eût encore la possibilité de reprendre les négociations, le code fut en fait directement et unanimement adopté. Cet événement est présenté comme historique dans l'histoire de l'OMS puisque s'il s'agit du deuxième code de pratique adopté par l'organisation, il est en fait le premier à être adopté par l'ensemble des États membres. Ainsi, le code international de

commercialisation des substituts de lait maternel adopté en 1981 le fut à 118 voix contre une (le vote négatif émanant des États-Unis). Le code de pratique de l’OMS, en tant que discours global, incarne ainsi le consensus atteint en ce 21 mai 2010 sur la question initialement très controversée du recrutement international des personnels de santé. Sachant que de parts et d’autres, certaines insatisfactions subsistaient quant à l’issue de ces négociations, on peut même considérer que ce code fige le consensus obtenu, en annule les aspects potentiellement conflictuels et se présente en méta récit sur les migrations internationales des personnels de santé.

Tableau 2 : Synthèse des différents projets de code

Date	Projet n°	Type de document	Référence	Evènement
1 sept. 08	Projet n°1	Projet de code de pratique mis en consultation publique		
4 déc. 08	Projet n°2	Rapport du Secrétariat	EB124/13	124ème session du Conseil exécutif
3 déc. 09	Projet n°3	Rapport du Secrétariat	EB126/8	126ème session du Conseil exécutif
21 mai 10	Code de pratique adopté		WHA63.16	63ème Assemblée mondiale de la Santé

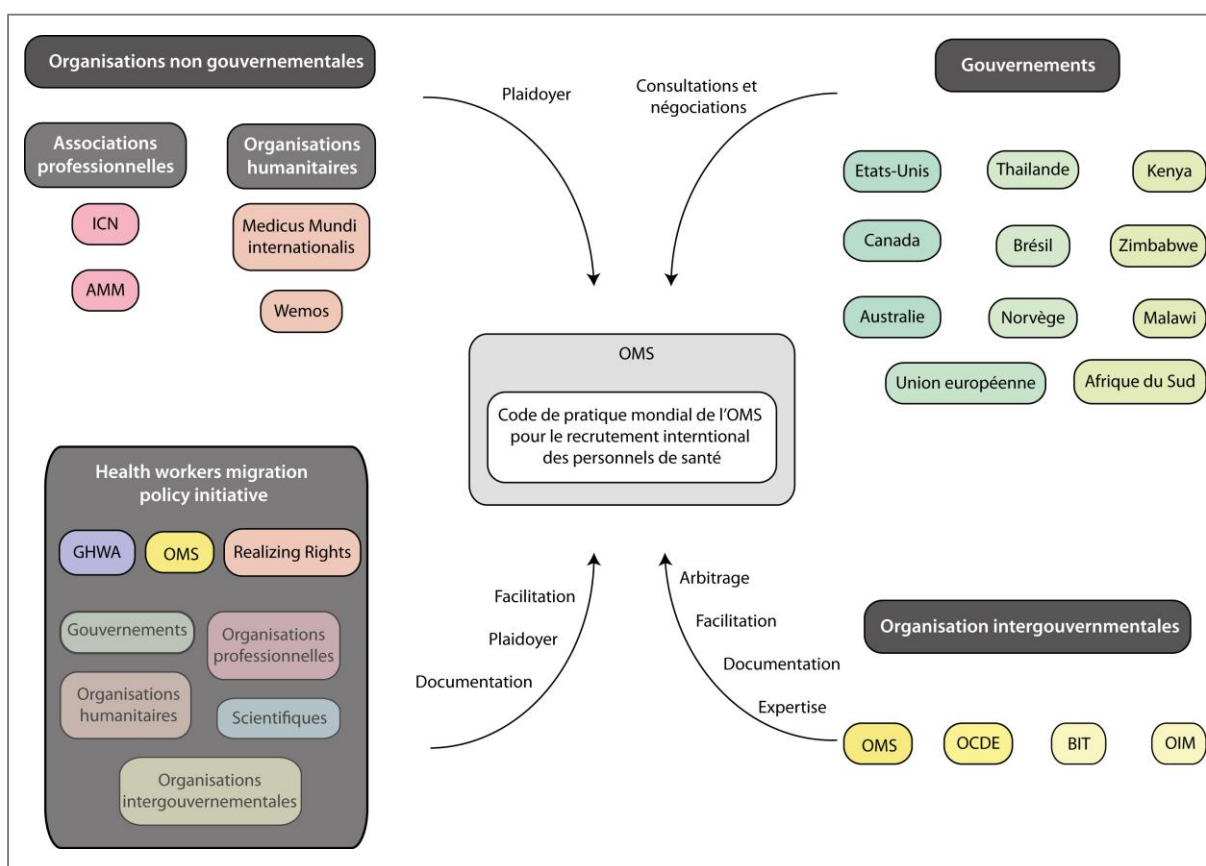
8.5 Synthèse de l’histoire du code

Afin de rendre compte de façon synthétique du processus d’élaboration du code de pratique de l’OMS, nous avons procédé d’une part, à une cartographie des acteurs ayant contribué au développement de cet instrument et d’autre part, à la représentation d’une frise chronologique rendant compte de ce processus dans sa dimension temporelle. Bien sûr, chacune de ces schématisations constitue une simplification du phénomène. Les informations présentées, acteurs et évènements considérés comme significatifs ont donc dû être sélectionnées afin de permettre une bonne lisibilité.

Sur la figure ci-dessous, quatre groupes d’acteurs sont retenus comme ayant joué un rôle important dans le processus d’élaboration du code. Au sein de ces groupes d’acteurs, des positions sensiblement différentes peuvent toutefois être distinguées. Pour chacun de ces groupes, les mécanismes d’influences sont indiqués au moyen de flèches. Ainsi, les gouvernements nationaux sont principalement intervenus par voies de consultation et de négociation. Certains pays ont exprimés des positions faisant plus directement valoir un intérêt national. C’est par exemple le cas des États-Unis, du Canada ou de l’Australie en tant que pays de destination, ou du Kenya, du Malawi, du Zimbabwe ou de l’Afrique du Sud en tant que pays d’origine. D’autres pays (indiqués en vert pâle) ont par contre défendu un code plus favorable aux pays d’origine sans forcément être eux-mêmes concernés. Les organisations intergouvernementales, représentées en premier lieu par l’OMS ont de leur côté rempli de multiples fonctions : Arbitrage des demandes divergentes lors des consultations sur le code, facilitation des discussions en aménageant des espaces de discussion ou production de documentation

et expertise afin d'informer le débat. L'OCDE a été particulièrement actif dans l'accomplissement de cette dernière tâche. D'autres organisations intergouvernementales ont également participé aux discussions sans pour autant avoir joué un rôle prépondérant. La *Health workers migration policy initiative* est aussi indiquée. Celle-ci se caractérise par sa composition mixte, rassemblant des acteurs de tous types. Par son double rôle de plaidoyer et d'expertise, cette organisation a cherché à se positionner comme un acteur central dans l'élaboration du code. Enfin, nous mentionnons les ONG composées elles-mêmes des associations professionnelles ainsi que des organisations à visée humanitaire. Leur levier d'intervention sur le code se limite a priori au plaidoyer mais comme nous le verrons dans la suite de cette recherche, une influence sur le code a également pu être exercée en cherchant à instrumentaliser des acteurs gouvernementaux pouvant faire porter leur voix.

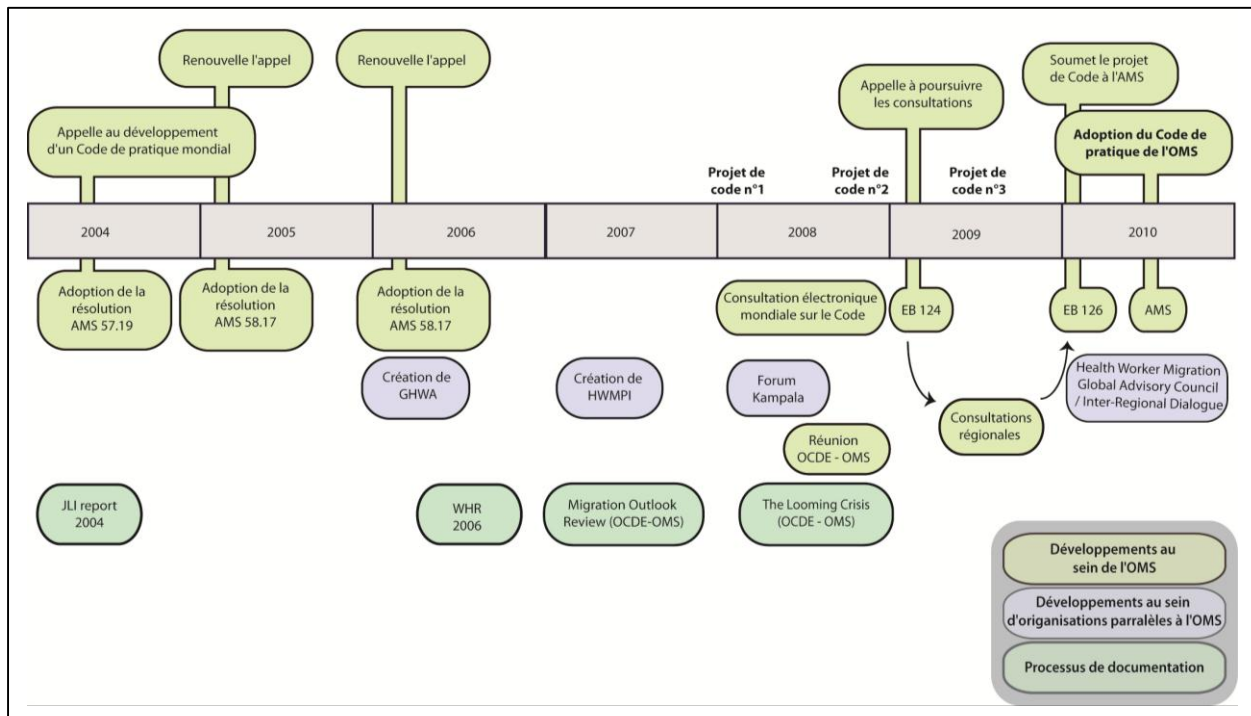
Figure 5: Cartographie des acteurs (voir lexique pour la liste des acronymes)



Ensuite, la frise chronologique ci-dessous rappelle les étapes essentielles ayant marqué le développement du code de pratique. En indiquant les résolutions adoptées par l'AMS ainsi que les décisions prises lors des comités exécutifs comme des événements décisifs dans la conduite du processus, ce schéma se concentre sur la dimension institutionnelle. Des repères temporels sont également indiqués, d'une part pour la constitution de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé ainsi que pour l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé et

d'autre part, pour la publication des rapports ayant permis d'alimenter les discussions. Ces deux facteurs (acteurs et connaissances), que nous nommons moteurs épistémiques dans la suite de ce travail, sont en effet considérés comme essentiels pour expliquer l'adoption du code de pratique sous sa forme finale.

Figure 6 : Frise chronologique du processus d'élaboration du code de pratique de l'OMS



9. L'ÉVOLUTION DE LA SUBSTANCE DU CODE

Après ce passage en revue du processus d'élaboration du code, nous allons nous pencher plus en détail sur son contenu substantif. Plus précisément, nous allons nous intéresser aux trois thèmes sur lesquels ont principalement porté les discussions : les compensations, l'autosuffisance et le recrutement actif. Ces trois sujets présentent notamment la particularité de soulever la question de la responsabilité que les pays de destination auraient envers les pays d'origine ; une responsabilité qui se verra plus ou moins formalisée selon la manière dont les recommandations du code sont énoncées. Dans ce chapitre, nous allons donc voir de quelle façon les recommandations ont été formulées dans les projets de code successifs et quels sont les débats suscités par chacune de ces versions du texte. Il apparaîtra que certaines recommandations feront l'objet d'une très forte demande avant qu'il n'y soit renoncé, alors que d'autres, absentes dans un premier temps, s'imposeront à un stade plus avancé du processus. Nous distinguerons particulièrement le rôle des États membres de celui du Secrétariat de l'OMS, les premiers cherchant principalement à défendre un intérêt national et exprimant des positions

potentiellement contradictoires entre elles alors que le second tentera d'aplanir les différences et de formuler un texte consensuel.

Afin de rendre compte de ces développements avec justesse, trois remarques préliminaires doivent être formulées. Premièrement, la nature du discours tenu dans les enceintes intergouvernementales peut engendrer des difficultés à saisir ce qu'est la position défendue par un acteur donné, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un État membre. Par exemple, il arrive que certains États expriment leurs réticences quant à certaines propositions de recommandations plus par une stratégie de silence, que par une opposition franche et argumentée aux suggestions formulées. De la même manière, il est aussi possible que des représentants gouvernementaux sollicitent l'ajout, la modification ou la suppression d'un article donné sans que ne soient développés les motifs d'une telle demande. Toutefois, les fondements des positions défendues peuvent généralement être retrouvés à des phases antérieures ou ultérieures des débats. Une autre difficulté liée au travail sur le discours diplomatique concerne alors le caractère très général de certaines interventions, composées de formulations évasives et basées sur le rappel de principes généraux. Comme le rappelle Villar (2006: 184) le discours diplomatique est en effet caractérisé par une grande ambiguïté, laquelle vise notamment à procurer flexibilité et protection aux négociateurs. Par ailleurs, comme il l'a déjà été relevé dans d'autres études portant sur l'élaboration de normes internationales²⁰, les oppositions parfois fondamentales entre États membres peuvent lors de négociations tendre à se cristalliser autour de questions langagières qui pourraient a priori paraître sans importance (Fresia 2012: 54-55). Ceci nous amène à notre seconde remarque. Afin de donner du sens aux discours tenus, nous verrons que ce ne sont pas toujours tant les concepts défendus, tels que l'autosuffisance ou le recrutement actif, qui sont les plus pertinents pour l'analyse, que l'interprétation qui en est donnée par les acteurs qui les mobilisent. A cet égard, il est d'ailleurs intéressant de relever qu'au cours du processus d'élaboration du code, des appels répétés émanant d'États membres ou d'autres organisations seront adressés au secrétariat de l'OMS afin que celui-ci élabore un lexique fournissant des définitions des concepts mobilisés. De fait, le secrétariat de l'OMS se refusera à élaborer un tel lexique, ou plus précisément, à le communiquer puisque des définitions à usage interne existaient bel et bien (PO). En se refusant à définir les termes utilisés, le secrétariat de l'OMS a ainsi veillé à conserver une forme d'ambiguïté unificatrice. Notre troisième remarque a trait à l'organisation du récit que nous proposons. En effet, nous entendons rendre compte des évolutions du discours sur les migrations internationales des personnels de santé mais celui-ci est multiple, composé de demandes et d'arguments apparaissant et disparaissant dans le temps, tantôt minoritaires, tantôt s'imposant auprès d'une plus large gamme d'acteurs. Afin de rendre notre récit intelligible, une telle complexité discursive a été dans une certaine

²⁰ Voir l'article de Frésia (2012) sur l'élaboration de « conclusions » thématiques par le comité exécutif du Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) ou de Herz (2010), rendant compte d'une réunion du Bureau international du Travail (BIT) sur le secteur de l'ingénierie mécanique et électrique.

mesure simplifiée. Ce faisant, nous avons veillé à rendre compte le plus fidèlement possible de l'esprit des discussions, tel qu'il nous est apparu à travers nos analyses.

9.1 Evolution du débat sur les compensations et la coopération internationale

Lorsque le débat sur les migrations internationales des personnels de santé est apparu sur la scène internationale, il fut donc caractérisé par un important antagonisme concernant la question des compensations. Portée par des pays en développement concernés par l'émigration de leurs personnels de santé, l'idée de compensation consistait essentiellement en ce que les pays de destination fournissent une contribution financière pour compenser l'investissement réalisé par les pays d'origine dans la formation de ces personnels. Il s'agissait là d'une demande centrale exprimée par les pays qui dans le même temps sollicitaient l'élaboration d'un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé.

Ce chapitre s'intéresse en premier lieu à la manière dont les dispositions en lien avec l'idée de compensation ont été initialement formulées et à leur évolution au cours du processus de consultation et de négociation du code. Empreint d'un fort caractère polémique, le terme de « compensations » se verra notamment substitué par des expressions telles que « réciprocité des avantages » ou principe de « responsabilité partagée », les changements lexicaux s'accompagnant également d'un glissement sémantique redéfinissant la manière dont les compensations sont alors envisagées. Nous verrons également qu'en étant mis en relation avec la possibilité de conclure des accords bilatéraux ainsi qu'avec les pratiques de versement d'aide technique et financière, le thème des compensations sera en fait plus généralement l'occasion pour les États de (re)considérer leurs pratiques de coopération internationale.

9.1.1 Le secrétariat de l'OMS favorable aux compensations

En prenant comme point de départ l'année 2004, on observe qu'au début, le secrétariat de l'OMS soutenait le principe selon lequel une compensation serait versée aux pays d'origine. Cette position favorable apparaît dès un rapport paru en avril 2004, en vue de la tenue du Conseil exécutif du mois de mai de cette année-là : « *Une solution possible serait d'instaurer une forme de compensation directe payable par le pays hôte au pays d'origine, par exemple sous forme d'un impôt ou d'un pourcentage du salaire versé par agent de santé recruté. Tout dispositif permettant d'envoyer les fonds directement au crédit du système de santé peut constituer un autre mécanisme de compensation pour le pays d'origine* » (EB114, Rapport du Secrétariat, 2004 : 4). Il est ajouté que

«Des accords détaillés entre pays pourraient définir plus précisément les conditions du recrutement des professionnels de santé. L'une des principales possibilités pour le pays bénéficiaire serait d'investir dans les établissements de formation du pays d'origine – des pays disposant d'effectifs excédentaires approvisionneraient en fait d'autres pays en personnel de santé ». Deux ans plus tard, le Secrétariat de l'OMS confirme que *« Le versement d'une compensation financière par les pays qui reçoivent et recrutent activement des personnels de santé étrangers à destination des services publics, afin de compenser la perte de capital humain et d'investissement dans la formation par les pays d'origine, est envisagé »* (WHA59, Rapport du Secrétariat, 2006 : 4), précisant qu' *« Au lieu d'une compensation directe liée aux personnels de santé, il a été proposé de mettre en place des mécanismes pour que les pays bénéficiaires investissent d'avantage dans la formation »* (2006 : 5).

Approuvant le principe qu'une forme de compensation soit versée par les pays de destination aux pays d'origine, le Secrétariat de l'OMS oriente alors la discussion sur les modalités de celle-ci. On constate notamment qu'en 2004, la possibilité de mobiliser les envois de fonds des personnels de santé migrants à destination des systèmes de santé de leur pays d'origine est évoquée ; une alternative finalement abandonnée deux ans plus tard par le Secrétariat de l'OMS. Dans son Rapport sur la Santé dans le monde paru en 2006, l'OMS refuse en effet de lier directement la compensation au salaire des personnels de santé, ce qui pourrait éventuellement impliquer que ces derniers portent la charge de fournir la compensation. Ce sont donc plus précisément les gouvernements nationaux des pays de destination qui sont appelés à verser une compensation.

9.1.2 Les compensations remplacées par le concept de mutualité des bénéficiaires dans le premier projet de code

Si dès les prémices du code de pratique, la plupart des pays de destination se montrèrent réfractaires au principe qu'une compensation puisse être versée aux pays d'origine pour le recrutement international de personnels de santé, il faut noter que dans les premiers temps, cette opposition ne fut pas explicitement exprimée. De fait, alors que les délégués représentant les pays d'origine, principalement les pays africains, réitérèrent chaque année et à chaque occasion depuis 2004 leurs doléances vis-à-vis des pays de destination, les principaux pays concernés que sont les États-Unis, le Canada, la Grande-Bretagne ou l'Australie se montrèrent plutôt réservés lorsque le sujet fut abordé lors des différentes réunions. Dans un premier temps, c'est donc principalement à travers leur silence et absence du débat que ces pays exprimèrent leurs réticences. Cette posture put notamment s'observer dans le cadre de l'organisation d'une réunion organisée conjointement par l'OCDE et l'OMS en 2008. Initialement prévue à un niveau ministériel, les secrétariats des deux organisations éprouvèrent des difficultés à mobiliser certains des principaux pays de destination. La réunion fut dans un premier temps reportée puis eu effectivement lieu en octobre 2008, mais en réunissant des représentants des administrations publiques plutôt que des dirigeants politiques. Selon Jean-Christophe Dumont, chef de

la division des migrations internationales à l'OCDE : « *C'est un ensemble de facteurs qui a fait que ça n'a pas fonctionné mais peut-être qu'à ce moment-là on a sous-estimé la sensibilité du sujet pour certains pays (...). Ça pouvait être pour des raisons de politique interne, ça faisait par exemple écho à des débats extrêmement sensibles en Australie, au Canada ou au Royaume Uni. Et puis il y a d'autres pays où le débat n'était pas forcément interne mais qui étaient plus sensibles à la perspective internationale, qui avaient peur d'être mis en accusation et la conjonction de ça, la sauce n'a pas pris* » (Entretien n°2, OCDE). Ces propos expriment bien la position défensive alors adoptée par les États incriminés pour leurs pratiques de recrutement.

Dans ce contexte, et malgré le préavis favorable exprimé dans ses communications en 2004 et 2006, le Secrétariat de l'OMS préféra ne pas mentionner le versement de compensations dans son premier projet de code soumis à la consultation publique en septembre 2008. Comme l'explique Pascal Zurn : « *Disons que nous, c'est ce qu'on avait proposé en disant : ça pourrait être une option. Après, les États membres veulent ou ne veulent pas. Et puis on s'est aperçu que cette option ne pouvait pas s'inscrire dans le cadre du code parce ça allait créer trop de problèmes.* » (Entretien n°1, OMS). Ici, le pouvoir symbolique dont bénéficient les importants pays de destination est tangible puisque le secrétariat de l'OMS a directement anticipé les oppositions qu'auraient pu formuler ces pays. En revanche, le secrétariat de l'OMS choisit de faire figurer dans ce projet le code, le concept de « *réciprocité des avantages* » (*mutuality of benefits*). Selon ce principe, « *tant les pays d'origine que les pays de destination devraient tirer des avantages du recrutement international des personnels de santé.* » (article 5.1, projet n°1, 2008). En fait, ce principe de réciprocité des avantages est directement inspiré des codes de pratique existants. Ainsi, le *Commonwealth code of practice* (2003) établissait déjà le principe de *mutuality of benefits*, lequel était explicité par les dispositions suivantes: “*The capacities of countries that need to recruit staff and those which lose their skilled personnel vary significantly. Recruiters may be in a position to consider ways in which they could provide assistance to source countries*”; “*The expression of the principle of mutuality of benefits should/could take the form of technical assistance from recruiting countries to those from which countries are recruiting ('source' countries)*”. Ces dispositions furent d'ailleurs reprises par le *Pacific code of Practice* adopté en mars 2003, qui ajouta encore la mention selon laquelle “*Achieving a 'win-win' outcome for all parties (the source countries, recruiting countries/institutions and individual recruit) is the overarching goal of the code.*” Il apparaît ainsi que le principe de réciprocité des avantages tel qu'il figurait dans les codes existants était fortement lié à l'idée que des compensations soient versées aux pays d'origine.

Par contre, cette notion de compensation n'est pas rendue explicite dans le principe de réciprocité des avantages exposé dans le projet de code de l'OMS. En effet, seule subsiste l'idée que chaque partie, pays d'origine et de destination et personnels de santé migrants, tire des bénéfices des migrations sans que ne soit exposé le moyen permettant d'atteindre un tel résultat. En restant

relativement évasif, un tel principe put ainsi être interprété de différentes manières, que ce soit en étant assimilé à celui de compensations mais aussi en y voyant un encouragement à la migration dite « circulaire ». Ces dernières années, la migration circulaire est en effet apparue comme un mode privilégié de gestion des flux migratoires, particulièrement dans les enceintes internationales, avec l'idée que les transferts de fonds bénéficieraient aux pays d'origine, que des pénuries sectorielles pourraient être comblées sur le marché du travail des pays de destination et que les migrants eux-mêmes profiteraient de l'expérience acquise à l'étranger (voir par exemple Vertovec 2007). La nature du bénéfice envisagé pour le pays d'origine n'est donc pas la même dans ces deux interprétations puisque dans le premier cas de figure, celui-ci est procuré par le pays de destination alors que dans le second, il est en fait véhiculé par le personnel de santé migrant. Chaque État membre est donc susceptible de faire valoir l'interprétation allant dans le sens des intérêts défendus. En fait, ce premier projet de code n'envisageait de régler la question de la réciprocité des avantages qu'à travers la possibilité de conclure des accords bilatéraux. Ceux-ci étaient en effet encouragés dans l'objectif « *d'accroître les avantages et (d') atténuer les effets négatifs possibles du recrutement international des personnels de santé grâce à l'adoption de mesures appropriées* » (article 5.2, projet n°1, 2008). Dans cette perspective, il revenait donc aux États de définir entre eux la manière d'atteindre une situation de réciprocité des avantages. L'ambiguïté évoquée peut ainsi être comprise comme une stratégie du secrétariat de l'OMS afin de favoriser une large adhésion au principe de réciprocité des avantages.

9.1.3 Les demandes persistantes de compensation et le principe d'assistance ciblée

Lors des consultations publiques menées sur ce premier projet de code durant l'été 2008 (WHO, Public hearings, 2008), de nombreux commentaires indiquèrent un souhait de voir se renforcer l'article 5 portant sur la réciprocité des avantages, que ce soit en fournissant des propositions concrètes quant à la façon dont les pays pourraient collaborer entre eux ou en suggérant de directement mentionner le versement de compensations. Ce sera par exemple la demande du Brésil : “ *Brazil strongly supports the adoption of stronger mechanisms of compensation to be offered by the destination countries to those countries losing individuals with technical skills*”. Le Bureau régional de l'Europe de l'OMS regretta également que les compensations ne figurent pas dans le projet de code, relevant que “ *In Europe, the targeting of assistance to support health workforce development in “source” countries is one of the central aspirations in the Norwegian government approach, and has been seen in aid activity by European Member States in countries with critical shortages of health workers*”. En contraste avec la posture plus retenue du secrétariat de l'OMS, le discours de plaidoyer politique assumé par ce Bureau régional de l'OMS peut être relevé, tout comme la mise en exemplarité de la Norvège (voir partie 10.2). Le principe d'assistance ciblée évoqué par le Bureau régional de l'Europe mérite ici quelques éclaircissements. De nombreux pays fournissent une aide technique et /ou

financière à d'autres pays à travers leurs pratiques de coopération. L'identification des pays partenaires se fait généralement en fonction d'un certain nombre de critères de sélection propre à chaque pays. Par exemple, dans le cas de la Suisse, les besoins identifiés, les aspects de la bonne gouvernance et la plus-value de la contribution suisse sont notamment pris en considération (Direction du développement et de la coopération - DDC). Sur cette base, le principe d'assistance ciblée, en proposant de mettre en relation les pratiques de coopération à celles de recrutement, suggère alors que la clé de distribution des ressources destinées à la coopération internationale soit révisée en fonction d'un nouveau critère, celui des pratiques de recrutement des pays donateurs. De fait, une telle piste était déjà évoquée en 2006 par Tim Evans, Sous-Directeur général de l'OMS : « *Le soutien apporté par les donateurs devrait être réorienté de manière à fournir un appui direct aux personnels de santé* » (WHA59, Procès-verbaux, 2006 ; 171). Par contre, le principe de compensation, sans autres précisions, n'implique pas nécessairement que soient revues les pratiques de coopération ayant court mais peut suggérer qu'une contribution additionnelle soit versée aux pays d'origine.

Par ailleurs, le premier projet de code, dans son article 11 (Partenariats, collaboration technique et soutien financier) proposait également que l'aide technique financière versée aux pays en développement soit accrue afin d'aider la mise en œuvre du code mais cet article ne fut pas l'objet de nombreux commentaires, la plupart étant ciblés sur la question de la réciprocité des avantages.

Comme relevé plus haut, aucun commentaire ne fut apporté par les autorités nationales des pays les plus susceptibles de vouloir contenir la portée du principe de réciprocité des avantages. On peut toutefois envisager que la position de ces pays ait été néanmoins intégrée par le Secrétariat de l'OMS qui, dans sa synthèse des contributions reçues, ne releva au sujet de l'article 5 que le fait que « *D'après certains participants, on pourrait renforcer l'article 5 en faisant des recommandations concrètes sur la façon dont les pays d'origine et de destination peuvent collaborer pour accroître les avantages réciproques* » (EB124, Rapport du Secrétariat, 2008 : 3). En réponse à une telle demande, le deuxième projet de code, qui fut alors présenté au Conseil exécutif de janvier 2009, mentionna effectivement divers domaines de collaboration possible, mais uniquement dans le cadre de dispositifs bilatéraux ou multilatéraux. L'encouragement à la conclusion de tels accords peut alors être compris comme une manière de renvoyer la question de possibles compensations aux États dans le cadre de leurs relations bilatérales ou multilatérales. Quant à l'article portant sur les partenariats, la collaboration technique et le soutien financier, il resta inchangé dans cette version révisée du code. On peut ainsi constater le rôle important joué par le secrétariat de l'OMS qui, dans l'objectif de réduire les divergences de vues entre les différents acteurs, prit en considération et tenta de concilier tant les demandes explicitement formulées par les pays d'origine que les oppositions silencieuses des pays de destination.

Mais malgré ces efforts, lorsque le projet révisé de code fut soumis aux États membres du Conseil exécutif, les divergences liées aux compensations réapparurent de plus belle (EB124,

Summary records, 2009). On peut par exemple mentionner les revendications du Sri Lanka ou de Djibouti : “Article 5 of the draft code of practice on mutuality of benefits must be enforceable; it should be strengthened in order to ensure greater compliance, perhaps providing for compensatory mechanisms that would enable developing countries to invest in training of new students”; “Countries of origin should be compensated for the training of health personnel”. C’est toutefois lors de cette réunion que pour la première fois, les États-Unis exposèrent explicitement leurs objections au principe de mutualité des bénéfices : “The concept of mutuality of benefits set out in Article 5 could be interpreted as creating a sense of obligation on destination countries to link the migration of health workers to development aid for specific source countries. The concept of linked compensation was unacceptable and infringed the rights of sovereign nations to decide, through bilateral consultations, when and where to provide assistance to individual developing countries”. On constate ici que les États-Unis, en assimilant le concept de mutualité des bénéfices à celui d’assistance ciblée, considèrent qu’il s’agissait là d’une forme d’ingérence dans leurs pratiques de coopération et s’opposèrent à un tel principe en dénonçant un *quid pro quo*. On peut se pencher en peu plus en détails sur l’expression *quid pro quo*, qui, pour les juristes anglo-saxons, ferait en fait référence à une forme d’accord corrompu où un avantage est promis (le *quid*) en échange d’une décision ou d’une absence de décision prise dans le cadre de fonctions officielles (le *quo*) (Fitzgerald 2011: 16). Dans la perspective américaine, la mise en relation de l’apport d’aide au développement avec des pratiques de recrutement internationales apparaît donc comme illégitime.

Si d’autres éléments de divergences apparurent durant ces débats, force est de constater que le thème des compensations fut l’un des principaux éléments de dissension. S’il fut alors considéré que de plus amples consultations devaient être menées, tant au sein des pays qu’à travers la tenue des comités régionaux de l’OMS, on peut effectivement saisir ici une manière de temporiser les négociations sur le code, dans l’espoir qu’un compromis puisse être trouvé.

Toutefois, les tenues des Comités régionaux ne firent que confirmer les antagonismes en présence. Typiquement, le comité de la région africaine souligna le besoin de reconnaître l’affaiblissement des systèmes de santé résultant des migrations des personnels de santé tout en appelant à ce qu’une assistance soit fournie aux pays d’origine pour former le personnel de remplacement, notamment à travers la création d’un fonds mondial créé à cet effet (WHO Africa, Final Report, 2009) .

9.1.4 L’esprit des compensations insinué dans la rédaction du Code

En révisant à nouveau le projet de code rendu public en décembre 2009, le Secrétariat de l’OMS introduit deux modifications en lien avec l’idée de compensation. Premièrement, il tentera de répondre aux demandes de clarification concernant le principe de réciprocité des avantages en

indiquant que « *les États membres devraient s'efforcer de faire en sorte que le bilan net des flux migratoires sur les systèmes de santé des pays en développement et des pays à économie en transition soit positif* ». Dans ce contexte, l'expression « bilan net des flux migratoires » peut être ambiguë car si elle correspond à première vue au solde migratoire, soit la différence entre le nombre de personnes entrant sur un territoire et celles le quittant, il s'agit en fait ici des conséquences des flux migratoires dont les aspects positifs devraient suppléer les aspects négatifs (WHO Europe, Meeting Report, 2009). Un tel raisonnement suppose par exemple que les transferts de fonds engendrés par l'émigration puissent apporter aux systèmes de santé des pays d'origine un bénéfice supérieur à la perte liée au départ du personnel de santé migrant. Plusieurs pays questionnèrent alors le caractère opérationnel d'une telle formulation. Bien que constituant une tentative de clarification, une telle définition laissa encore une fois ouverte la façon dont des retombées positives des migrations pour les systèmes de santé des pays d'origine pourraient être atteintes. Le résultat s'avéra ainsi toujours insatisfaisant pour les pays affichant des revendications à l'intention des pays de destination et pour lesquels le principe de réciprocité des avantages ne semblait finalement acceptable qu'en explicitant le principe d'un support fourni par les pays de destination au système de santé des pays d'origine.

Le second jeu de modifications concerna l'article 11 sur les partenariats, la collaboration technique et l'appui financier. Suite aux révisions effectuées, on pouvait ainsi lire que « *Les États membres recrutant des personnels de santé des pays en développement ou de pays à économie en transition [devraient]/ [souhaiteront peut-être] fournir une assistance technique à ces derniers (...)* » (Article 11.3, projet n°3), et que « *Des mécanismes financiers volontaires, qui permettent de soutenir les efforts déployés par les pays en développement (...) devraient être envisagés* » (Article 11.4, projet n°3). On voit ici que le Secrétariat de l'OMS, par le biais d'un autre article que celui portant sur la réciprocité des avantages, tenta d'introduire des dispositions allant dans le sens de compensations. Toutefois la compensation ici envisagée est uniquement d'ordre technique, alors que des contributions financières seraient plus facultatives (celles-ci sont dites volontaires mais le code est supposé l'être dans son ensemble). Ces modifications sont ainsi le reflet des demandes contradictoires au centre desquelles se trouve le secrétariat de l'OMS qui d'une part, suggère que les pays de destination soient redevables envers les pays d'origine mais d'autre part, tend à amoindrir le type de compensation envisagé.

On peut relever que la HWMPI, dans son rôle revendiqué de facilitation des discussions, tentera de faire valoir un concept alternatif à celui de compensation ou de mutualité des bénéfices : le concept de responsabilité partagée (*shared responsibilities*). Lors d'une réunion du Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration, Mary Robinson expliqua ainsi que « *« compensations » was red flag terminology* » and that the term « *co-development* » may be more acceptable » (GPAC, Meeting Report, 2009 : 8). Dans cette perspective, le principe de responsabilité partagée suggère alors que « *If a state is indeed a global employer then shared responsibility to*

support the local source country health workforce should be encouraged » (GPAC, Recommendations Report, 2008: 5). On constate ici que si un effort est fait afin de trouver une formulation moins polémique, l'idée de compensation n'est pas pour autant absente de ce concept. L'idée de « responsabilité partagée » laisse toutefois une marge de manœuvre plus importante car les pays de destination ne sont pas nécessairement appelés à fournir une assistance aux pays dans lesquels ils recrutent mais à tout pays de départ. Au final, cette expression ne fut pas retenue par le Secrétariat de l'OMS dans l'élaboration des projets de code successifs.

Lorsqu'il fut décidé en janvier 2010 de soumettre le projet de code à l'Assemblée mondiale de la Santé du mois de mai, les États membres eurent encore la possibilité de communiquer leurs commentaires par écrit. Neuf contributions furent envoyées, dont l'une exprimant la position de l'Union européenne. On notera que plusieurs de ces contributions visèrent précisément à reformuler les articles liés aux partenariats, à la collaboration technique et au soutien financier, tels qu'ils avaient été amendés dans la dernière version du code. Par exemple, les États-Unis proposèrent un article qui *“encourages Member States to pursue development and assistance projects with source countries to promote sustainable health systems and increase local capacity”* (USA Comment, 2010). Une telle orientation fut également proposée par l'Union européenne (European Union Comment, 2010) ainsi que la Suisse (Switzerland Comment, 2010). On relève que cette formulation supprime le lien établi entre pratiques de recrutement et assistance procurée au pays d'origine puisque ce sont les pays d'origine dans leur ensemble qui sont identifiés sans que ne soit faite mention de la destination des personnels de santé migrants. Une telle recommandation est ainsi susceptible de simplement venir conforter les pratiques de coopération internationale existantes. Lors du forum de Kampala en 2008, un délégué canadien défendait d'ailleurs déjà cette position: *“Canada has been doing this for a long time through its foreign assistance programs and that this would always, from a Canadian perspective, be more acceptable than providing financial compensation to sending countries and entering into transactional agreements”* (Global Forum Kampala, 2008: 11).

9.1.5 L'abandon des compensations

Finalement, lors d'une rencontre à Madrid avant les négociations, le consensus sera établi de ne pas inclure de demande de compensations dans le code de pratique. En permettant d'aplanir des différences apparaissant jusqu'alors comme résolument inconciliables, une telle rencontre préalable s'avérera cruciale. Lors de diverses réunions ultérieures en lien avec le code, Manuel Dayrit, alors chef du département des ressources humaines pour la santé à l'OMS, présentera d'ailleurs cet événement comme décisif pour l'adoption du code, expliquant que si d'un côté, les États-Unis et l'Union européenne s'étaient engagés à soutenir le code, d'un autre côté, les États africains avaient alors affirmé qu'ils n'insisteraient pas sur le terme de compensations, reconnaissant qu'il s'agissait là d'un *deal breaker* (PO). Dès lors, le principe de réciprocité des avantages sera naturellement supprimé du

code. L'article sur la réciprocité des avantages sera fusionné avec celui portant sur la « *pérennité et fidélisation des effectifs nationaux des personnels de santé* » (article 6) et sera renommé « *Développement des personnels de santé et pérennité des systèmes de santé* ». Il est à noter que si ce revirement est présenté comme permettant d'atteindre le consensus, sur le fond, le bien-fondé de compensations n'est pourtant pas remis en question par ses défenseurs. Le rappel du renoncement effectué constituera un argument de négociation fréquemment évoqué afin d'appuyer d'autres revendications. De la même manière, les dispositions finales du code ayant trait aux partenariats, à la collaboration technique et à l'appui financier se limiteront finalement à encourager l'assistance technique et financière dans le but de « *renforcer les capacités des systèmes de santé, et notamment à développer les personnels de santé* » des pays en développement et à économie en transition, sans que le lien avec les pratiques de recrutement international des pays donateurs ne soit établi.

9.2 Evolution du débat sur l'autosuffisance

Outre le débat sur les compensations, la discussion sur les migrations internationales des personnels de santé s'est également orientée vers une autre mesure, qui fut l'objet de nombreuses discussions, la question de l'autosuffisance. En fait, à l'instar du terme « compensation », celui d'autosuffisance deviendra rapidement polémique, et d'autres expressions moins sensibles lui seront préférées. Pourtant, l'autosuffisance comme capacité à subvenir à ses propres besoins, est bien le concept qui permet d'appréhender les débats ayant trait au développement des ressources humaines pour la santé dans les pays d'origine et de destination. Tout comme pour le concept de compensation, l'évolution du débat sur l'autosuffisance peut tant s'observer à travers l'évolution du projet de code de pratique que par les multiples interprétations qui furent faites des principes soumis à la discussion.

9.2.1 Les pays d'origine comme cible des recommandations

A nouveau, il est intéressant de se pencher sur les orientations initialement défendues par le secrétariat de l'OMS. Ainsi, dans un rapport paru en 2004, il était suggéré qu' « *il est plus important et plus efficace, à long terme, de réduire ou d'arrêter les migrations que d'augmenter le nombre des agents de santé qualifiés* » (EB114, Rapport du Secrétariat, 2004). On saisit ici que l'action envisagée se concentre essentiellement sur la limitation des flux migratoires. Dans cette perspective, les migrations sont perçues comme une cause essentielle de la pénurie en personnels de santé, et la résolution du problème passe en premier lieu par une action sur ces flux. L'idéal poursuivi est alors que les personnels de santé formés dans chaque pays y restent afin d'exercer leur métier. On peut qualifier cette perspective de sédentarisée dans la mesure où elle suggère que l'exercice de leur activité professionnelle par un groupe de citoyens devrait se réaliser dans le cadre limité d'un territoire donné.

Lorsqu'est adoptée au mois de mai 2004 la première résolution visant l'élaboration d'un code de pratique mondial, les demandes formulées à l'encontre des États membres ainsi que du Directeur général de l'OMS se concentrèrent ainsi sur la gestion des flux migratoires. En arrière-plan apparaissent néanmoins des demandes portant spécifiquement sur le développement des personnels de santé. Les États membres furent ainsi invités « *à formuler et appliquer des politiques et des stratégies qui permettraient de mieux retenir les personnels de santé, notamment – mais pas uniquement – par le renforcement des ressources humaines pour la planification et la gestion sanitaires ainsi que par la révision des salaires et l'application de systèmes d'incitations* » (WHA57.19). De telles recommandations peuvent être mises en relation avec le fait que les migrations de personnels de santé étaient principalement appréhendées à travers un cadre d'analyse *push/pull*. On constate alors que les demandes formulées concernent essentiellement les pays d'origine, identifiés comme directement affectés par ces flux, auxquels il est suggéré d'agir sur les facteurs de répulsion que constituent une planification inadéquate ou de mauvaises conditions de travail, ceci afin d'améliorer la fidélisation de ces personnels de santé.

Par la suite, le discours tenu va tendre à se complexifier et ce faisant, va comporter une certaine ambiguïté. D'un côté, la nature même du débat sur les migrations internationales des personnels de santé fait que les réponses politiques suggérées sont liées à la gestion de ces flux, que ce soit en les restreignant ou en agissant sur leurs causes. D'un autre côté, à la même époque, s'affirme le discours rapportant une pénurie mondiale en personnel de santé. Celui-ci s'appuie notamment sur la parution du rapport sur la santé dans le monde 2006. Selon cette perspective, le manque de personnels de santé constitue un problème de fond plus important que la seule question des migrations. Mais à nouveau, c'est autour de la question de la formation et de la fidélisation des personnels de santé dans les pays en développement que ces deux perspectives semblent alors pouvoir se concilier. Dans un rapport d'activité paru en 2006, le secrétariat de l'OMS communiquait d'ailleurs qu'en réponse à la pénurie mondiale, il avait travaillé sur les stratégies de planification mais aussi étudié les options de formation des personnels de niveau intermédiaire, qui sont moins susceptibles d'émigrer et sont aptes à satisfaire la plupart des besoins de santé primaires (WHR 2006), indiquant une action toujours ciblée sur les pays d'origine des personnels de santé migrants. Le secrétariat concluait alors en affirmant que « *le but devrait être l'autosuffisance, c'est-à-dire la production d'effectifs de santé en nombre suffisant au niveau national pour satisfaire les besoins du pays* ». Dans le contexte du rapport du secrétariat, cette recommandation peut être comprise comme s'adressant principalement aux pays d'origine. En ce sens, l'objectif d'autosuffisance peut être interprété comme synonyme de lutte contre la pénurie.

9.2.2 L'autosuffisance comme recommandation adressée aux pays de destination

Toutefois, un autre type de discours lié à l'autosuffisance, cette fois impliquant également les pays de destination, va apparaître. Par exemple, durant l'AMS de 2006 (WHA59, Procès-verbaux, 2006 : 167), alors que selon le délégué du Botswana, « *Il convient que les pays développés, et les pays en développement accélèrent la formation des agents de santé au niveau national, accordent un degré de priorité plus élevé à la planification dans ce domaine (etc.)* », des pays comme l'Australie ou le Japon mentionnèrent leurs propres efforts visant à accroître le personnel de santé disponible. Lors de cette discussion, c'est finalement le représentant du Conseil international des Infirmières, le Dr. Oulton, qui exprimera ce point de vue de la manière la plus tranchée en affirmant que pour l'ensemble des nations, l'autosuffisance devrait être un principe fondamental (WHA59, Procès-verbaux, 2006 : 172). Cette extension du principe d'autosuffisance aux pays de destination mérite d'être soulignée. En effet, dans le cas des pays en développement, l'autosuffisance recherchée peut être comprise comme visant en premier lieu à disposer du personnel de santé nécessaire afin de pouvoir délivrer les soins de santé de base à la population. Par contre, du point de vue des pays développés et particulièrement lorsqu'il s'agit de pays de destination, le thème de l'autosuffisance est à mettre directement en lien avec la pratique du recrutement international. En fait, il est difficile de trouver une définition précise de ce terme dans le contexte des ressources humaines pour la santé mais implicitement, l'autosuffisance peut se comprendre comme opposant le personnel de santé formé de façon domestique au personnel de santé recruté à l'étranger. En l'absence de définition communément admise, ce concept fut l'objet d'interprétations différentes par les acteurs en présence. Par exemple, selon une fiche de synthèse publiée en 2010 par l'OCDE (OCDE, Fiche de synthèse, 2010), « *l'objectif devrait non pas être l' « autosuffisance » mais d'éviter de devenir trop dépendant des professionnels de santé étrangers pour répondre à ses besoins nationaux* ». On constate ici que l'organisation interprète strictement le concept d'autosuffisance, ne considérant d'ailleurs pas comme désirable l'atteinte d'un tel objectif. Par contre, certains auteurs ont défendu une interprétation plus pragmatique. Par exemple, selon O'Brien et Gostin (2009: 11), "*workforce self-sufficiency does not envisage that a country's entire health workforce will be locally trained, nor does workforce self-sufficiency exclude the employment of persons who have been educated as health professionals in another country*". Ainsi, selon l'interprétation qui en est faite, le concept d'autosuffisance autorise ou non de recourir à du personnel de santé étranger pour compléter les effectifs d'un pays. Dans le cas où le recrutement international est admis se pose toutefois la question du nombre optimal de personnel de santé domestique disponible et de la part de personnel de santé étranger considérée comme acceptable.

En 2008, alors que le premier projet de code de pratique est en cours de réalisation, on peut noter un phénomène de politisation de la question de l'autosuffisance dans les pays de destination, principalement initié par des acteurs liés aux pays d'origine, au sens où les revendications politiques portant sur ce thème tendent à s'affirmer. Par exemple, lors du premier forum mondial sur les

ressources humaines pour la santé qui eut lieu en mars 2008 à Kampala, il fut relevé qu'un délégué d'Afrique du Sud interpella l'assemblée en posant la question de savoir "*why is it that developed countries seem to be unable to attract the required number of students into medicine and nursing, and thus begin to meet their own needs.*" (Global Forum Kampala, 2008: 11). Faisant écho à cette interpellation, la Déclaration de Kampala appelle d'ailleurs « *Les pays plus riches à accorder une priorité de haut niveau et des financements adéquats à la formation et au recrutement de personnels de santé en nombre suffisant issus de leur propre pays* » (Déclaration Kampala, 2008).

9.2.3 L'élaboration du code et le glissement de l'autosuffisance vers la soutenabilité

Ainsi, lorsque le premier projet de code de pratique paraît durant l'été 2008, on y trouve notamment l'article 6 « *Maintien des personnels de santé nationaux sur la durée* » (*National health workforce sustainability*). Avant toute chose, on notera le cadre national dans lequel est inscrite la problématique puisque c'est bien au sein de chaque État qu'est pensé le maintien des personnels de santé. On peut alors citer l'article 6.1 selon lequel « *(...) les États membres devraient prendre des mesures efficaces pour former, fidéliser et maintenir des effectifs de personnels de santé adaptés à la situation particulière de chaque pays, y compris dans les secteurs qui en ont le plus besoin, en se fondant sur un plan de dotation du personnel de santé reposant sur des données factuelles* ». On peut d'ailleurs relever que le fondement d'une telle recommandation est explicitement donné par le principe directeur énoncé dans l'article 3.6 encourageant « *une planification efficace des personnels de santé de façon à réduire le recours au personnel de santé migrant* ». On observera que la formulation utilisée reste suffisamment évasive pour que chaque pays puisse définir selon ses propres critères quels sont les effectifs adaptés à la situation particulière de chaque pays. En d'autres termes, il revient aux pays de définir si une part de personnel de santé étranger est acceptable, et si oui, jusqu'à quel point. On constate par ailleurs que le secrétariat de l'OMS a veillé à ne pas explicitement mentionner le concept d'autosuffisance, que ce soit dans l'article 3.6 ou dans l'article 6.1.

Ce texte ayant été soumis aux consultations publiques mondiales durant l'été 2008, on constate, sur la base d'un passage en revue des commentaires reçus et sachant que la participation à cette consultation publique fut relativement restreinte, qu'une minorité de contributeurs s'exprimèrent sur cet article, l'attention étant largement focalisée sur la question des compensations. On mentionnera toutefois la perspective défendue par le Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration, selon laquelle "A « *sustainable health workforce*” is not the same as a “*self-sufficient health workforce*”, as one can continue to rely on foreign trained workers to maintain a “*sustainable health workforce*”, défendant l'idée que les États devraient former suffisamment de personnels de santé pour répondre à leurs propres besoins (GPAC, Recommendations Report, 2008 : 24-25). A l'issue des consultations publiques, le secrétariat de l'OMS releva néanmoins que plusieurs commentaires avaient exprimé le point de vue selon lequel une plus grande emphase devrait être mise sur l'autosuffisance

nationale en personnels de santé (*national health workforce self-sufficiency*), étant entendu que cette perspective est plus restrictive en matière de recrutement international. Il apparaît donc qu'à cette époque, si l'orientation vers une plus grande autosuffisance n'était défendue que par une minorité d'acteurs, elle fut néanmoins relayée par le secrétariat de l'OMS. Dans sa seconde version, l'article 6 ne fit l'objet que de légères modifications rédactionnelles sans que la substance n'en soit véritablement modifiée. On notera la reformulation de l'intitulé dans sa version française (« Pérennité du personnel de santé national ») mais la version anglaise resta inchangée. Par contre, le principe directeur formulé à travers le nouvel article 3.6 indique bien que « *Les États membres devraient s'efforcer de former un personnel de santé autosuffisant* »

Au cours des consultations qui se déroulèrent dans le cadre des comités régionaux de l'OMS pendant l'été et l'automne 2009, on observe que si les compensations continuèrent d'être le sujet le plus sensible, le principe selon lequel les pays de destination devraient accroître la part de personnel de santé domestique semble être admis par l'ensemble des États. Par exemple, le rapport de la réunion du Comité régional des Amériques, comprenant notamment les deux importants pays de destination que sont les États-Unis et le Canada, indique que lors des discussions tenues, "*It was considered important for destination countries to create incentives to ensure the sufficiency and sustainability of their domestic health workforce*" (WHO Americas, Final report, 2009). L'usage de la forme passive indique ici une forme de consensus, les prises de position plus singulières étant clairement rapportées à leurs auteurs.

En conséquence, l'article 6 fut passablement étoffé dans la version suivante du projet de code, parue le 3 décembre 2009. Premièrement, le terme « fidélisation » vint compléter le titre de l'article 6 qui fut donc renommé « *Pérennité et fidélisation des effectifs nationaux de personnels de santé* » (*National health workforce sustainability and retention*). Deuxièmement, celui-ci passa de 2 à 4 articles. L'article 6.1 fut renforcé en affirmant que « *tous les États membres devraient s'efforcer de répondre, dans la mesure du possible, à leurs besoins en personnels de santé au moyen de leurs propres ressources humaines* », marquant une perspective se rapprochant plus clairement de celle défendue par le concept d'autosuffisance. Les articles suivants détaillèrent des mesures permettant d'atteindre cet objectif en lien avec la formation (article 6.2), la fidélisation (article 6.3) et la répartition géographique des personnels de santé (article 6.4). Par contre, l'article 3.6 vit le terme « autosuffisant » se faire remplacer par celui de « pérenne ». A nouveau, les changements apportés reflètent donc bien les perspectives contradictoires que le secrétariat de l'OMS est appelé à relayer en élaborant un projet de code.

9.2.4 Le concept d'autosuffisance repensé à l'échelle mondiale

Ayant été décidé que les États membres auraient encore la possibilité de soumettre leurs commentaires sur le projet de code avant que celui-ci ne soit soumis à l'AMS du mois de mai 2010, il y a particulièrement lieu de mentionner les propositions faites par la Norvège ou la Nouvelle-Zélande. La Nouvelle-Zélande suggéra ainsi que le qualificatif « national » soit supprimé du titre de l'article 6 (New Zealand Comment, 2010). Dans la même perspective, la Norvège proposa que la pérennité des effectifs de santé soit envisagée non seulement de façon nationale, mais également à l'échelle régionale et globale (Norway Comment, 2010). En fait, l'argument soutenant de telles demandes fut initialement élaboré par le Conseil consultatif pour la politique mondiale en matière de migration. En 2008 déjà, celui-ci considérait que si les États devaient tout mettre en œuvre pour former les personnels de santé répondant à leurs propres besoins, l'autosuffisance pouvait s'avérer difficile à atteindre. Dès lors, il est considéré que si un État est un « employeur global », il devrait accepter le principe de responsabilité partagée et soutenir le personnel de santé des pays d'origine (Realizing Rights 2008). Selon cette perspective, c'est donc moins une vision stricte de l'autosuffisance qui est défendue que l'idée de responsabilité de renforcer les systèmes de santé des pays d'émigration. Ainsi, si une plus grande latitude est envisagée dans la manière de concevoir des effectifs de santé pérennes, l'argument nous renvoie en fait à la pratique de compensation. Le principe de responsabilité partagée défendu par le Conseil ne sera pas intégré tel quel au code mais néanmoins c'est bien sur sa rationalité que se fondent les demandes de la Norvège ou de la Nouvelle-Zélande.

Lors des négociations, le contenu des articles 3.6 et 6 fera l'objet d'étonnamment peu de discussions. Les modifications apportées au texte visèrent principalement à raccourcir les énoncés des articles sans que la substance ou l'esprit de ces articles n'en soit véritablement modifiés. Par contre, l'article 5 « *Réciprocité des avantages* » et l'article 6 « *Pérennité et fidélisation des effectifs nationaux de personnels de santé* » seront en fait fusionnés en un seul article intitulé « *Développement des personnels de santé et pérennité des systèmes de santé* ». Si, comme cela vient d'être évoqué, une telle modification n'aura pas d'impact direct sur le contenu des articles, elle reflète toutefois l'orientation défendue par la Norvège, la Nouvelle-Zélande et le Conseil consultatif pour la politique mondiale en matière de migration, soit qu'à défaut de viser l'autosuffisance en matière de personnels de santé, les efforts en vue du renforcement des personnels de santé pouvaient être envisagés à l'échelle mondiale.

Cette interprétation sera encore défendue par Francis Omaswa (OP), co-directeur du Conseil consultatif lors du second forum mondial sur les ressources humaines pour la santé qui eut lieu à Bangkok en janvier 2011 qui, arguant que le contexte démographique des pays de destination ne rendait pas possible l'autosuffisance, plaida en faveur d'un investissement massif dans le stock mondial de personnel de santé (*single global pool*) (PO). Pour les pays les plus réfractaires à l'idée de

compensation, une telle perspective semble alors plus acceptable dans la mesure où cet investissement ne devrait pas nécessairement être directement lié aux pays de recrutement.

9.2.5 Synthèse du débat sur l'autosuffisance

A l'issue de ce passage en revue des discussions en lien avec l'idée d'autosuffisance, quelques éléments de synthèse peuvent être dégagés. Premièrement, on relève que dans un premier temps, les recommandations prévues ciblaient plutôt les pays d'origine, les plus directement affectés par la pénurie en personnels de santé, ainsi que par leur émigration. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'intérêt a été porté aux politiques de formation et de fidélisation des pays de destination en tant que facteur d'attraction. Deuxièmement, les débats ont dès lors été passablement occupés par l'idée d'autosuffisance. On observe que différents acteurs ont cherché à promouvoir différentes interprétations de ce concept en fonction de la part de personnel de santé migrant admise au sein des effectifs domestiques. « Autosuffisance » et « pérennité » des systèmes de santé sont alors les deux principales expressions qui furent mobilisées afin de faire valoir certaines interprétations. Finalement, s'il fut largement admis que des efforts devraient être entrepris dans le sens d'une plus grande autosuffisance, il fut également progressivement reconnu que l'état même d'autosuffisance n'était pas forcément un objectif réaliste. La responsabilité affirmée des pays de destination est donc amenée à être assumée de diverses manières entre les mesures de politique domestique et d'aide et de coopération, laissant une plus grande marge de manœuvre aux États concernés.

9.3 Evolution du débat sur le recrutement actif

Nous abordons ici un troisième thème qui fut central lors des discussions sur le projet de code de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, celui du recrutement actif de personnels de santé dans les pays en développement et de la limitation de ces pratiques. Sur la base des codes existants, on pouvait effectivement s'attendre à ce qu'une telle mesure paraisse dans le code de pratique de l'OMS. Pourtant, elle n'apparaîtra que dans les versions finales du code. En lien avec l'idée de recrutement actif, la question de savoir si un service obligatoire devrait être suggéré dans le code sera également discutée mais ne s'imposera pas dans le texte final.

9.3.1 Un premier code axé sur les personnels de santé migrants

Nous avons vu que les premiers codes de pratique, et particulièrement le code des NHS dont les prémices se manifestèrent dès 1999, avaient pour recommandations centrales des dispositions limitant la pratique du recrutement actif. Pour rappel, ce code établissait une liste de pays en

développement au sein desquels le recrutement de personnel de santé était prohibé. Lors du Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé qui eut lieu à Genève en janvier 2004, les recommandations formulées à l'intention des pays de destination consistent d'ailleurs principalement à suggérer de cesser toute pratique de recrutement actif dans les pays en développement.

Dans ce contexte, il est particulièrement frappant de constater que la première version du code n'ait comporté aucune disposition concernant une possible limitation du recrutement actif. Dans cette première version, le code mettait en fait surtout l'accent sur le droit des personnes migrantes. En conséquence, l'article 4 portant sur les « *Pratiques de recrutement* » abordait principalement des questions liées au traitement des personnels de santé migrants, au cours de son recrutement et dans le cadre de l'emploi pris à l'étranger. L'accent était donc mis sur des recommandations visant par exemple à ce que « *les agents de santé migrants jouissent des mêmes droits et responsabilités au plan juridique que les personnels formés dans le pays pour tout ce qui concerne l'emploi et les conditions de travail* » (article 4.2, projet n°1, 2008) ou à ce que « *les personnes chargées du recrutement et les employeurs fournissent aux agents de santé migrants des informations pertinentes et précises au sujet de tout emploi (...)* » (article 4.3, projet n°1, 2008). On relève d'ailleurs qu'avec 9 articles, la rubrique consacrée aux pratiques de recrutement était en fait la plus substantielle de ce premier projet de code. Le fait que la thématique du droit des personnels de santé migrants ait pris une telle importance dans les premières versions du document semble correspondre à un phénomène de mise en connexion que l'on pourrait qualifier de fragmentée. Pour Haas (1980: 371), la mise en connexion fragmentée décrit des situations où une coalition se forme autour d'un objectif prédominant mais où une certaine incertitude prévaut concernant la façon dont les différentes composantes du « paquet » sont liées entre elles. Dans ce cas, on pourrait dire que l'objectif général serait de traiter les questions en lien avec les migrations internationales des personnels de santé. Par contre, il n'est pas possible de dire qu'une relation de cause à effet relie la question du traitement des personnels de santé migrants et des éventuels abus avec les conséquences pour les systèmes de santé des pays d'origine des migrants. Les deux sujets semblent plutôt liés par co-occurrence, présentant des risques distincts, tous deux liés à la migration de personnels de santé mais affectant deux populations distinctes de différentes manières.

On peut alors expliquer de plusieurs manières que la question du traitement des personnels de santé migrants se soit imposée sur les premières versions du code. Premièrement, la construction intellectuelle est moins élaborée que s'il s'agit de mettre en cohérence avec un sujet tel que la santé des migrants ; il s'agit plutôt de « suivre » la trajectoire de ces personnels de santé. Deuxièmement, le principe d'octroyer des droits aux migrants est déjà admis dans la plupart des démocraties libérales,

même si le contenu et l'extension de ces droits varie évidemment d'un pays à l'autre²¹. Sur la scène internationale, les droits des migrants sont notamment protégés par la Convention sur les travailleurs migrants ratifiée en 1949 (et dispositions complémentaires ratifiées en 1975). Ces instruments semblent indiquer un certain degré de sensibilisation mais malgré cela, Mireille Kingma du CII estime que jusqu'alors, si des abus avaient effectivement été constatés dans le domaine de la santé, le sujet ne rencontrait que peu d'écho sur la scène internationale. A cet égard, l'intérêt premier porté à l'impact des migrations sur les pays d'origine aurait ainsi permis de mettre en lumière cette problématique afin de promouvoir une meilleure protection des personnels de santé migrants. Enfin, la procédure de consultation définie par le Secrétariat de l'OMS a certainement participé à mettre l'accent sur une telle thématique. En effet, les audiences publiques (*public hearings*) organisées par voie électronique durant l'été 2008 permirent à toute personne intéressée d'exprimer son opinion quant au projet de code. On peut évidemment questionner le caractère représentatif des répondants mais toujours est-il que la diversité des expériences rapportées a constitué un certain matériel empirique. A cet égard, c'est bien la démarche participative adoptée qui aurait amené à orienter le projet de code vers une plus grande prise en considération des droits des personnels de santé migrants.

D'autres thématiques, plus ou moins directement liées à la problématique initiale de la pénurie dans les pays en développement seront abordées au cours du développement du code. Par exemple, les questions de gaspillage des compétences (« *brain waste* ») ou même de santé des personnes migrantes seront éventuellement mentionnées. Si ces différents thèmes peuvent, de manière plus générale, être regroupés sous le nexus « migration & santé », ceux-ci ne sont pourtant liés par aucune mise en cohérence intellectuelle.

9.3.2 Les demandes de limitation du recrutement actif

Lors de la mise en consultation publique de ce projet de code, on relève plusieurs commentaires demandant à ce que soient intégrées des dispositions limitant le recrutement actif dans les pays souffrant de pénurie (WHO, Public hearings, 2008). Une telle demande fut notamment exprimée par des représentants gouvernementaux, d'ONG ou d'OIG. Par exemple, selon la contribution apportée par le *World Bank's Africa Health Workforce Program*, « *In countries listed by WHO as having critical shortages, recruiters should not actively recruit health workers by initiating contact. This specifically prohibits the active recruitment of workers on school premises and at government health facilities. Passive recruitment when health workers initiate contact is permitted* ». On relève d'ailleurs ici la distinction opérée entre recrutement actif et passif que nous commenterons plus amplement dans la suite de ce travail. Il fut également considéré qu'en plaçant une telle emphase

²¹ Voir par exemple Hollifield (2004) pour une analyse des forces économiques et sociologiques ayant conduit à l'extension de tels droits.

sur le droit des personnels de santé migrants, cet article perdait de vue l'objectif initial du code qu'était la protection des systèmes de santé des pays d'origine (GPAC, Recommendations Report, 2008). Ainsi, dans son rapport faisant état des commentaires reçus, le Secrétariat de l'OMS releva bien que « *plusieurs participants ont estimé qu'il faudrait ajouter dans l'article 4 une nouvelle disposition recommandant que les États interdisent le recrutement actif de personnels de santé dans des pays qui connaissent une crise des effectifs* » (EB124, Synthèse débat, 2008 : 2). Pour autant, la révision du projet de code opérée suite à la consultation publique n'intégra pas de disposition concernant une limitation du recrutement actif.

On constate d'ailleurs que lors du débat tenu durant le Conseil exécutif de janvier 2009, seul un représentant gouvernemental africain s'exprima à ce sujet, en demandant à ce que "*Wealthy countries (...) refrain from the active recruitment of health personnel trained in developing countries*" (EB129, Summary records, 2009 : 141). Si l'on peut s'étonner du décalage observé entre les demandes formulées dans le cadre de la consultation publique et le peu d'intérêt marqué pour la question du recrutement actif lors du Conseil exécutif de janvier 2009, celui-ci peut toutefois vraisemblablement s'expliquer par le fait que les revendications des pays d'origine étaient alors surtout concentrées sur la demande de compensations.

9.3.3 Le débat sur le recrutement actif

Sur la base des discussions tenues lors des comités régionaux, différentes positions en lien avec le principe de recrutement actif se dégagèrent dont il est possible de rendre compte. D'un côté, plusieurs représentants gouvernementaux émirent le souhait de voir une disposition limitant le recrutement actif être intégrée au projet de code. Ce fut par exemple l'une des recommandations qui ressorti du rapport final du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (WHO Africa, Final Report, 2009). Le représentant gouvernemental iranien (WHO EMRO, Report, 2009 : 50) ainsi qu'un représentant d'un pays des Amériques²² (WHO Americas, Final report, 2009 : 66) abondèrent dans le même sens lors de la réunion de leur comité régional. Mais d'un autre côté, il est une autre disposition qui aurait eu pour effet de restreindre les possibilités de recrutement international et qui fut également mentionnée par plusieurs délégations au cours des consultations régionales : Le principe d'un service obligatoire, selon lequel il pourrait être requis que des agents de santé exercent leur activité dans leur propre pays pendant une certaine durée²³. Une telle mesure fut notamment suggérée par le représentant du Yémen (WHO EMRO, Report, 2009 : 50) ainsi qu'un délégué américain²⁴ (WHO Americas, Final report, 2009 : 66). Il est à noter qu'il s'agit également d'une disposition centrale du *Pacific code of*

²² Le rapport final de la réunion ne mentionne pas le pays d'appartenance de l'auteur de ces propos .

²³ Définition adaptée de Frehywot et al. (2010). Les programmes de service obligatoire visent généralement à pourvoir les zones rurales ou reculées en personnels de santé. A cet égard, ils constitueraient en priorité un instrument de gestion de la distribution interne des personnels de santé plutôt que de la distribution internationale.

²⁴ Le rapport final de la réunion ne mentionne pas le pays d'appartenance de l'auteur de ces propos .

Practice for Recruitment of Health Workers, lequel peut être considéré comme reflétant la position de la région du Pacifique Occidental. Ce code suggère ainsi que pour chaque année de formation soutenue par le gouvernement, le personnel de santé effectue une année de service au sein de son pays. Le code du Pacifique ne fournit par contre pas d'indication quant aux mesures incitatives ou dissuasives à déployer afin de mettre en œuvre de tels programmes. On observe par ailleurs que si le code du Pacifique appelle les pays recruteurs à respecter les obligations qu'auraient les personnels de santé envers leur pays d'origine durant leur période de service obligatoire, les pratiques de recrutement actif qui seraient exercées en dehors de ce cadre semblent admises.

Il est intéressant de constater que suite à ces discussions, le projet de code fut retravaillé de façon à intégrer, d'une part, la recommandation selon laquelle: « *Les recruteurs et les employeurs devraient, dans la mesure du possible, être informés et tenir compte des responsabilités juridiques des personnels de santé vis-à-vis du système de santé de leur pays, par exemple au titre d'un engagement à des conditions justes et raisonnables, et ne pas chercher à les recruter* » (article 4.2) et d'autre part, la recommandation aux pays membres de « *s'abstenir de procéder à un recrutement actif de personnels de santé de pays en développement (...)* » (article 5.3). Sans qu'il ne soit directement recommandé d'instaurer un service obligatoire, l'article 4.2 permet ainsi de suggérer qu'un agent de santé puisse avoir de telles responsabilités juridiques vis-à-vis du système de santé de son pays. Par cette rhétorique, on saisit encore une fois la position en porte-à-faux du Secrétariat de l'OMS, qui cherche dans le même temps à satisfaire partisans et opposants du service obligatoire. Quant au nouvel article 5.3 portant sur la limitation du recrutement actif, il reflète une position plus affirmée du Secrétariat de l'OMS en intégrant plus directement une revendication de longue date.

Par la suite, l'article 4.2 sera encore complété par l'adjonction « *Les personnels de santé devraient faire preuve de franchise et de transparence au sujet d'éventuelles responsabilités juridiques qu'ils pourraient avoir* ». Ce complément fut notamment demandé par l'Inde et la Thaïlande lors du Conseil exécutif de janvier 2010 ainsi que par voie de commentaire écrit²⁵ et ne rencontra pas d'objection notable au moment des négociations. Cet ajout peut être compris comme une manière de renvoyer aux personnels de santé une part de responsabilité ayant trait au recrutement, celle-ci étant jusqu'alors entièrement attribuée au recruteur.

Par contre, suite à la reformulation de l'article 5.3 portant sur la limitation du recrutement actif, plusieurs réactions indiquèrent que ce principe ne faisait pas consensus. Des pays tels que le Canada ou les États-Unis exprimèrent l'opposition la plus franche en réclamant la suppression pure et

²⁵ Voir les commentaires présentés par la Monaco et la Thaïlande après le Bureau exécutif de janvier 2010 : http://www.who.int/healthsystems/workforce/ms_comments/fr/index.html (consulté le 5 décembre 2012).

simple de la disposition²⁶. A l'issue des négociations, on constate que les délégations récalcitrantes ont transigé sur cet objet, la disposition ayant été conservée dans la version finale du code. Différentes hypothèses peuvent être formulées expliquant la concession faite par ces pays. On présume par exemple qu'il ne s'agissait en fait pas là d'un point primordial pour les pays concernés, que les pays d'origine aient pu faire pression sur les pays de destination en mobilisant l'argument d'avoir transigé sur la question des compensations, ou que finalement le caractère volontaire du code donnait une certaine flexibilité dans la mise en œuvre de l'article considéré comme problématique. Quoi qu'il en soit, le principe de limitation du recrutement actif dans les pays en développement, bien que contesté lors du processus d'élaboration du code, fait bel et bien partie intégrante du discours global sur les migrations des personnels de santé qu'incarne le code de pratique de l'OMS.

9.4 Synthèse de l'évolution de la substance du Code

Au terme des débats ayant rythmé l'élaboration du code, celui-ci a ainsi été adopté par l'ensemble des États membres, s'érigeant de la sorte en script global sur les migrations internationales des personnels de santé. Ce script global, en exprimant les solutions politiques considérées comme pertinentes pour l'ensemble de la société mondiale, se présente ainsi comme un modèle de référence commun. Mais en mettant en évidence l'évolution ayant marqué les différents projets de Code ainsi que les multiples perspectives s'étant confrontées au cours des discussions, nous avons pu remarquer que la constitution de ce script avait relevé d'un double mouvement d'inclusion et d'exclusion des propositions débattues. Les tableaux ci-dessous nous fournissent alors une vue synthétique de l'ensemble de ces propositions, indiquant, en lien avec les thèmes des compensations, de l'autosuffisance et du recrutement actif, lesquelles furent finalement retenues ou rejetées.

²⁶ Il est à noter que les Etats-Unis demandaient la suppression de l'article entier alors que le Canada admettait que soit conservée la première phrase : « *Le recrutement international des personnels de santé devrait être mis en œuvre de manière à éviter la perte de ressources humaines précieuses pour les pays en développement* ».

Tableau 3: Concept et principes liés aux COMPENSATIONS mentionnés au cours de l'élaboration du code

COMPENSATIONS	
<i>Définition</i>	Compensations Versement d'une compensation (financière) des pays de destination aux pays d'origine.
<i>Soutien / Opposition</i>	Soutien des pays d'origine, principalement les pays africains mais forte opposition des pays de destination. Position favorable mais retenue du secrétariat de l'OMS.
<i>Définition</i>	Réciprocité des avantages Référence aux bénéfices (de diverses natures) que pays d'origine et de destination tirent du recrutement international. Les compensations seraient une forme parmi d'autres de bénéfices.
<i>Soutien / Opposition</i>	Principe laissant une importante marge d'interprétation défendu par le secrétariat de l'OMS mais mis en cause par de nombreux pays pour cette même raison.
<i>Définition</i>	Principe d'assistance ciblée Idée de cibler l'assistance au développement (technique et/ou financière) dans les pays d'origine. Ne suppose pas nécessairement une augmentation du volume de l'aide mais plutôt sa réorientation vers les pays d'origine.
<i>Soutien / Opposition</i>	Principe notamment défendu par la Norvège et particulièrement combattu par les Etats-Unis. N'a pas été intégré aux projets de code par le Secrétariat de l'OMS.
<i>Définition</i>	Principe de responsabilité partagée Idée que les pays de destination ont une responsabilité envers les pays d'origine affectés par l'émigration de leurs personnels de santé. Suppose que des compensations soient versées mais pas forcément aux pays dans lesquels un recrutement est opéré.
<i>Soutien / Opposition</i>	Principe particulièrement défendu par le Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration mais ne fut pas retenu par le Secrétariat de l'OMS.
Non retenu dans le code	
Le principe n'apparaît pas tel quel dans le code mais sa substance oui	
Figure dans le code	

Il apparaît en premier lieu que les recommandations liées au principe selon lequel les pays de destination fourniraient une compensation aux pays d'origine ne sont que peu présentes dans la version finale du code. Seul subsiste alors le principe de réciprocité des avantages, suffisamment ambigu pour être éventuellement interprété comme suggérant le versement de compensations. Ce résultat paraît surprenant dans la mesure où dans les premiers temps, l'idée de mettre sur pied un code de pratique mondial était dans une large mesure motivée par la volonté d'instaurer de telles compensations. On observe alors qu'au cours du processus d'élaboration du code, le consensus s'est en fait forgé sur des recommandations liées au principe d'autosuffisance en personnels de santé, même si cette expression ne figure pas explicitement dans le texte du code, celle de pérennité des systèmes de santé y ayant été préférée. L'idée qu'un effort accru soit fourni afin de développer les ressources humaines pour la santé dans l'ensemble des États membres s'est ainsi imposée comme une disposition centrale du code. Qui plus est, en adressant cette recommandation aux pays de destination, que ce soit en agissant en leur sein (autosuffisance ciblée sur les pays de destination) ou dans les pays d'origine

(autosuffisance mondiale), la responsabilité de ces derniers se voit affirmée et ce, malgré l'absence de disposition liée au principe de compensation.

Tableau 4 : Concept et principes liés à l'AUTOSUFFISANCE mentionnés au cours de l'élaboration du code

AUTOSUFFISANCE	
<i>Définition</i>	Autosuffisance (ciblée sur les pays d'origine) Production d'effectifs de santé en nombre suffisant au niveau national pour satisfaire les besoins du pays.
<i>Soutien / Opposition</i>	Principe consensuel.
<i>Définition</i>	Autosuffisance (ciblée sur les pays de destination) Se définit par une absence de recrutement de personnels de santé étrangers.
<i>Soutien / Opposition</i>	Défendu par les pays d'origine et certains pays de destination mais considéré comme trop stricte par plusieurs pays de destination, position favorable mais retenue du secrétariat de l'OMS.
<i>Définition</i>	Pérennité des systèmes (personnels) de santé Orientation vers une plus grande autosuffisance mais admet une part de personnel de santé étranger.
<i>Soutien / Opposition</i>	Principe consensuel.
<i>Définition</i>	Autosuffisance (mondiale) Les efforts en vue du renforcement des personnels de santé pouvaient être envisagés à l'échelle mondiale, renvoie au principe de responsabilité partagée.
<i>Soutien / Opposition</i>	Principe notamment soutenu par le Conseil consultatif pour la politique mondiale en matière de migration et la Norvège.
Non retenu dans le code	
Le principe n'apparaît pas tel quel dans le code mais substance oui	
Figure dans le code	

Enfin, le code comporte également des recommandations liées à la limitation du recrutement actif dans les pays d'origine. Plus précisément, les dispositions finales du code indiquent quels acteurs sont désignés comme responsables et légitimes dans la gestion des migrations internationales des personnels de santé. Les recruteurs et pays de destination sont ainsi appelés à s'abstenir de recruter du personnel de santé dans les pays en pénurie alors que les personnels de santé sont eux-mêmes appelés à respecter leurs engagements professionnels. Par contre, l'idée que les pays d'origine énoncent une obligation de service a été exclue très rapidement.

Tableau 5 : Concept et principes liés à la LIMITATION DU RECRUTEMENT ACTIF mentionnés au cours de l'élaboration du code

LIMITATION DU RECRUTEMENT ACTIF	
Limitation du recrutement actif	
<i>Définition</i>	Idée de restreindre le recrutement actif dans les pays éprouvant une pénurie aigue de personnels de santé.
<i>Soutien / Opposition</i>	Principe relativement consensuel mais opposition de certains importants pays de destination.
Principe d'un service obligatoire	
<i>Définition</i>	Principe selon lequel les agents de santé seraient dans l'obligation d'exercer leur activité dans leur propre pays pendant une certaine durée.
<i>Soutien / Opposition</i>	Principe évoqué par un nombre restreint de pays mais ne fut pas retenu par le Secrétariat de l'OMS.
Responsabilité des personnels de santé	
<i>Définition</i>	En appelle à la responsabilité des personnels de santé de s'aquitter de leurs engagements professionnels dans leur pays d'origine.
<i>Soutien / Opposition</i>	Principe demandé par l'Inde et la Thaïlande, ne mobilisa que peu l'intérêt des acteurs.
Non retenu dans le code	
Le principe n'apparaît pas tel quel dans le code mais substance oui	
Figure dans le code	

Afin de saisir de quelle manière les recommandations axées sur l'autosuffisance ainsi que la limitation du recrutement actif se sont imposées face aux compensations, le chapitre suivant discute les moteurs ainsi que les facteurs de résistance au changement institutionnel. Trois types de moteurs sont discutés : les acteurs, le type de connaissance mobilisé ainsi que les rationalités politiques des principes soumis à la discussion. Par ailleurs, l'étude des rationalités politiques animant le code nous permet d'envisager cet instrument, d'une part, comme révélateur des fondements normatifs de la société internationale et d'autre part, comme participant à la redéfinition de ces fondements.

LES MOTEURS ET RÉSISTANCES AU
CHANGEMENT INSTITUTIONNEL À
L'ŒUVRE AU SEIN DU CODE

Le chapitre précédent a permis de retracer l'évolution du discours sur les migrations internationales des personnels de santé à partir de l'adoption de la résolution appelant à l'élaboration d'un code de pratique mondial, d'identifier les éléments de dissension ainsi que les aspects plus consensuels et de finalement déterminer quelles recommandations se sont imposées dans la version finale du code. Ainsi, les dispositions organisant le versement de compensations des pays de destination aux pays d'origine sont finalement absentes du Code, laissant une place prépondérante aux mesures promouvant l'autosuffisance ainsi que la limitation du recrutement actif. Bien que le code ait été négocié par les États membres de l'OMS, celui-ci ne peut donc pas être compris comme résultant de la seule mise en concurrence des différents intérêts nationaux en jeu, dès lors que son issue s'avère plutôt favorable aux pays d'origine, globalement assimilés aux pays en développement.

Ayant rapporté à une forme de contrainte libérale l'appel incarné par le code à ce que les pays de destination prennent en considération les intérêts des citoyens des pays d'origine, nous avons vu qu'une approche centrée sur le discours permettait de mettre en lumière les mécanismes par lesquels les États reconceptualisent leurs identité et intérêts, les conduisant, dans le cas qui nous intéresse, à adopter de façon unanime un instrument ne correspondant pas à la défense de leurs intérêts tels qu'envisagés *a priori*. Le code de pratique de l'OMS, en tant qu'instrument de prescriptions normatives, est alors susceptible d'être envisagé tant comme le symbole d'un changement que d'une continuité discursive. Il s'agit donc de saisir les moteurs d'un tel changement institutionnel axé sur le discours ou au contraire, d'une perpétuation institutionnelle.

Notre analyse se focalise premièrement sur les acteurs ayant promu un discours particulièrement sensible aux intérêts des pays d'origine des personnels de santé migrants. Par hypothèse, nous abordons ces acteurs comme appartenant à une même communauté épistémique œuvrant à la défense de principes normatifs communs en faisant valoir une conception épistémologique particulière des phénomènes auprès des décideurs politiques. L'intérêt porté à l'existence possible d'une communauté épistémique rend donc compte du rôle joué par le discours dans sa dimension interactive en tant que facteur de changement institutionnel.

La seconde partie de l'analyse porte sur les types de connaissances mobilisés par les acteurs du débat sur les migrations internationales des personnels de santé. Le discours est donc abordé dans sa dimension idéelle. On peut ici faire le lien avec le concept de communauté épistémique puisqu'un même rapport à la connaissance en constitue une caractéristique essentielle. Concentrer l'analyse sur les types de connaissance développés permet toutefois d'envisager ces dernières comme porteuses de récits politiques. Les recommandations politiques formulées au sein du code peuvent alors être considérées comme découlant d'une conception spécifique des causes et conséquences des mouvements transnationaux de personnels de santé. Dans cette perspective, l'apport de nouvelles connaissances ou le développement de nouvelles façons d'appréhender le phénomène des migrations internationales des personnels de santé peut également être considéré comme le moteur d'un

changement discursif. De plus, nous discuterons également de la manière dont le recours à la représentation cartographique des migrations internationales des personnels de santé permet de soutenir et d'appuyer des modèles explicatifs spécifiques.

Finalement, nous argumenterons plus en détails sur les rationalités politiques, propres aux principes de compensation, d'autosuffisance et de limitation du recrutement actif en nous concentrant sur leurs fondements politiques, philosophiques et moraux. Il s'agira donc de voir à quels idéaux de société correspondent les principes débattus dans le cadre de l'élaboration du code. Une telle analyse est susceptible de mettre en lumière des rationalités politiques multiples et concurrentes. En observant de quelle manière le discours s'est fixé sous la forme du code de pratique, il sera alors possible de voir dans quelle mesure une ou plusieurs rationalités dominantes se sont imposées, indiquant la prégnance de prédispositions idéelles structurant le discours et/ou si par leurs capacités discursives, les acteurs ont articulé plusieurs rationalités politiques, entraînant un changement discursif. L'analyse en termes de rationalité politique s'avère par ailleurs intéressante car elle établit un lien avec les formes d'exercice du pouvoir qu'incarne le code. Le concept de gouvernementalité permet alors de rendre compte de la manière dont la distribution des tâches et actions entre différents types d'autorité prévus par le code constitue en fait le reflet de l'articulation entre des rationalités politiques diverses.

10 L'ÉTABLISSEMENT D'UNE COMMUNAUTÉ ÉPISTÉMIQUE EN LIEN AVEC LES MIGRATIONS INTERNATIONALES DES PERSONNELS DE SANTÉ

Dans ce chapitre, nous allons voir de quelle manière le concept de communauté épistémique contribue à une meilleure compréhension du processus d'élaboration du code ainsi que de son issue. Il s'agit donc d'examiner la façon dont l'adoption du code de pratique ainsi que les différents principes qui le composent peuvent être compris comme résultant d'un consensus épistémologique atteint par un groupe d'experts et duquel découleraient des principes d'action politique promus par ces derniers.

Dans un premier temps, nous étudierons dans quelle mesure l'existence d'une communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé peut effectivement être repérée au vu des critères avancés par Haas et dans un deuxième temps, nous analyserons les mécanismes par lesquels cette communauté épistémique a influencé le développement du code de pratique, soit d'un point de vue procédural, soit en agissant sur son contenu substantif.

10.1 La constitution d'une communauté épistémique

Une communauté épistémique se définit comme un réseau ou un groupe de spécialistes²⁷ ayant une expertise reconnue dans un domaine particulier et ayant des prétentions formelles quant au type de connaissance pertinent en lien avec des objets politiques. Les communautés épistémiques ont notamment pour caractéristique de partager des valeurs et des principes normatifs communs, une compréhension commune des causes et conséquences des phénomènes qu'ils étudient et d'œuvrer en faveur d'un même projet politique. De par leur rôle dans la production de connaissance, ces communautés d'experts bénéficient d'un grand pouvoir dans la mesure où elles participent à la définition de l'agenda politique en se mobilisant autour d'un thème particulier et elles contribuent largement à définir les termes du débat entre les États en présélectionnant les solutions politiques envisageables ou préférables. En revenant sur le processus d'élaboration du code de pratique ainsi que sur les acteurs ayant participé à ses développements, ces différents éléments constitutifs sont patents. Cette communauté épistémique se distingue particulièrement par son orientation normative marquée autour du droit à la santé.

En décrivant le contexte dans lequel a émergé le code de pratique de l'OMS, nous avons vu qu'à partir des années 2000, dans le cadre du suivi des OMD, des initiatives avaient été développées afin de traiter des objectifs liés à la santé, puis de la pénurie en personnels de santé et finalement du thème des migrations. Ces démarches ont été instiguées par différents types d'acteurs, représentants gouvernementaux, organisations internationales, intergouvernementales ou non, ainsi que milieux académiques. En contribuant à la production de rapports de recherche ou par leur participation régulière aux réunions internationales spécialisées, ces acteurs se sont progressivement positionnés et imposés comme des experts sur le sujet des migrations internationales des personnels de santé, et dans le même temps, ont porté et accompagné ce thème sur la scène internationale.

Conformément à la perspective adoptée par Haas, nous envisageons l'appartenance à une telle communauté comme étant fonction de valeurs et principes normatifs communs ainsi que d'une compréhension commune des causes et conséquences des phénomènes. Par contre, cette communauté n'est pas nécessairement consciente d'elle-même et ses membres ne se définissent pas forcément comme appartenant à un même groupe. La communauté épistémique que nous entendons décrire ne doit donc pas être comprise de façon trop stricte dans la mesure où ses contours sont mouvants, notamment en fonction du degré d'implication de chacun de ses membres. De plus, le fait que ces différents acteurs adhèrent à des valeurs et modèles communs ne doit pas occulter les intérêts

²⁷ Il est à noter que dans ses écrits, Haas semble utiliser les termes *experts* et *spécialistes* de façon équivalente et interchangeable. Afin d'évoquer la communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé, nous utiliserons également l'expression *leaders de la santé mondiale* (*global health leaders*) communément utilisée afin de qualifier les membres de l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé (HWMPI).

politiques propres à chaque partie (Schwegler 2011 : 135). Dès lors qu'un acteur s'investit dans la défense du projet politique commun, un intérêt particulier à s'attribuer le mérite des avancées réalisées ou à affirmer son rôle de leader et de manière générale, à asseoir sa légitimité doit être envisagé.

10.1.1 HWMPI comme noyau de la communauté épistémique

En guise d'introduction, nous nous intéressons aux parcours de quatre acteurs dont les caractéristiques laissent envisager qu'ils appartiennent à une même communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé. On peut premièrement citer Sigrun Mogedal, médecin de formation et ancienne ambassadrice de la Norvège pour le VIH/Sida. C'est d'ailleurs principalement par le biais de cette fonction exercée au sein du ministère norvégien des affaires étrangères que Sigrun Mogedal s'est trouvée impliquée de longue date dans la coopération internationale en matière de santé. C'est notamment par son entremise que le gouvernement norvégien s'est particulièrement investi dans le thème des migrations internationales des personnels de santé, se rangeant aux côtés des pays en développement de manière à plaider en faveur d'un code de pratique plus ambitieux. Instigatrice de la consultation d'Oslo, Sigrun Mogedal est également l'un des membres fondateurs de l'Alliance, dont elle fut présidente entre mai 2008 et janvier 2011. L'ancienne présidente de l'Irlande et Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme Mary Robinson a également joué un rôle actif dans la promotion du code de l'OMS. Elle fonda en 2002 l'organisation « Realizing Rights », dont les objectifs déclarés étaient de placer les droits de l'homme au cœur de la gouvernance mondiale. C'est en tant que présidente de cette organisation que Mary Robinson assura la co-présidence de l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé. Bénéficiant du crédit lié à ses fonctions préalables, l'influence de Mary Robinson fut particulièrement liée à sa capacité à atteindre des hauts dignitaires détenteurs d'une autorité politique. Un troisième exemple est celui du Dr Lincoln C. Chen. Contrairement à Mary Robinson ou à Sigrun Mogedal, le Dr Chen, qui a occupé plusieurs fonctions au sein de l'Université d'Harvard, est en premier lieu ancré dans le milieu académique. En tant que fondateur de la *Global Equity Initiative* et président du *China Medical Board of Cambridge*, Lincoln Chen a toutefois également adopté des postures plus militantes. Il a ainsi coordonné la réalisation du rapport « *Human resources for Health, Overcoming the crisis* » (JLI Report, 2004) l'une des premières contributions visant à documenter la pénurie en personnels de santé. Il a également présidé l'Alliance de mai 2006, moment de sa création, à avril 2008. De manière plus générale, Lincoln C. Chen a participé à la rédaction de plusieurs articles portant sur la question des migrations internationales des personnels de santé (Alkire and Chen 2004; Narasimhan, Brown et al. 2004; Chen and Boufford 2005). Bien que généralement parus dans des revues médicales spécialisées à comité de lecture, ses articles étaient également porteurs d'un fort engagement politique. Un dernier exemple est celui du Dr Percy Mahlathi. En tant que directeur général adjoint du département de la santé en Afrique du Sud, le Dr Mahlathi est notamment en charge des politiques en

lien avec les ressources humaines pour la santé. En tant que membre du Health Worker Migration Global Policy Advisory Council, il participa à la conception du code de pratique de l’OMS mais il fut surtout l’un des leaders du groupe africain dans le cadre des négociations sur ce dernier. Au cours des multiples réunions internationales en lien avec le code de pratique de l’OMS, le Dr Mahlathi fut en quelque sorte le visage du gouvernement sud-africain et de façon plus générale, la voix du continent africain. Son statut d’expert fut d’autant plus renforcé que son pays dispose d’une expérience de longue date en matière de coopération internationale dans le domaine des migrations des personnels de santé et que de surcroît, celui-ci se présente simultanément comme pays d’émigration et d’immigration.

Figure 7 : Sigrun Mogedal, Mary Robinson, Lincoln Chen, Percy Mahlaty



Issues de pays du nord ou du sud, de milieux académiques, politiques, gouvernementaux, intergouvernementaux ou non gouvernementaux, les quatre personnalités présentées ci-dessus présentent la caractéristique commune d’avoir, pendant une certaine durée, instigué l’idée d’un code pratique et/ou d’en avoir accompagné le processus d’élaboration et de négociation. Ces différents agents ont aussi développé et entretenu des relations, que ce soit par la conduite de projets de recherche communs ou en participant à des réunions internationales spécialisées. Ayant eu nous-même l’occasion de prendre part à plusieurs réunions organisées en lien avec le projet de code de pratique, nous avons d’ailleurs effectivement observé l’entente et la familiarité développées et entretenues entre-eux par ces participants récurrents.

Comme il l’a été vu précédemment, à partir de 2004, une communauté d’intérêts transnationale a émergé en lien avec la question de pénurie mondiale en personnels de santé. L’Alliance fondée en 2006 et dont Lincoln Chen et Sigrun Mogedal assurèrent successivement la présidence en constitua d’ailleurs la forme institutionnalisée. Il est alors intéressant de voir qu’une démarche semblable d’institutionnalisation a été opérée afin de réunir les personnes particulièrement impliquées dans le thème des migrations internationales des personnels de santé. Sigrun Mogedal,

Mary Robinson, Lincoln Chen, Percy Mahlaty, ont été tous, à différents moments, membres de ce groupement.

En 2007, l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé (HWMPI) fut ainsi lancée par l'Alliance, en collaboration avec l'OMS et l'organisation non gouvernementale Realizing Rights, de façon à faire progresser la question spécifique des migrations. Elle est constituée de deux groupes distincts : le Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration (*Health Worker Migration Global Policy Advisory Council, GPAC*) et le groupe de travail technique (*Technical Working Group, TGW*), conduisant des recherches et fournissant une expertise. Par ces deux organes constitutifs, la HWMPI, prévoyait ainsi tant d'endosser un rôle de plaidoyer international à travers le Conseil consultatif que d'exercer la fonction d'expertise à travers le groupe de travail technique. Le premier groupe fut constitué de hauts responsables, présentés comme des leaders en santé mondiale (*global health leaders*) impliqués dans les débats internationaux sur la pénurie mondiale en personnels de santé. Le fait que le secrétariat de ce groupe soit administré par l'organisation Realizing Rights indique d'ailleurs clairement la sensibilité de ce conseil au principe du droit à la santé. Pour sa part, le groupe de travail technique était coordonné par l'OMS, marquant le rôle directeur endossé par l'organisation dans le développement du code de pratique. Il est particulièrement intéressant de remarquer que les activités conduites par la HWMPI incluent les deux fonctions de plaidoyer et de recherche. Le fait que celles-ci soient tenues distinctes l'une de l'autre tend donc à préserver la crédibilité scientifique du groupe de travail technique, puisque celui-ci est présenté comme indépendant des positions partisans. Dans le même temps, une telle association au sein de la même initiative tend également à conférer au Conseil consultatif une légitimité provenant de l'expertise du groupe de travail technique. Comme nous le verrons ci-après, à partir de ce modèle organisationnel particulier, différents canaux d'influence seront identifiés par lesquels les objectifs de l'Initiative ont été poursuivis.

Mais avant d'expliquer selon quels mécanismes la HWMPI a œuvré en faveur d'un projet politique particulier, il importe, afin de d'avoir le droit de qualifier cette organisation de communauté épistémique, de démontrer que celle-ci partage des valeurs et principes normatifs communs. Le droit à la santé, tel qu'obéissant à une définition de type cosmopolite, va alors apparaître comme un important principe unificateur. Si une compréhension commune des causes et conséquences des phénomènes constitue également une caractéristique essentielle des communautés épistémiques, cet aspect sera plutôt traité à travers le passage en revue des canaux d'influence de la HWMPI. La discussion quant au rôle de la connaissance dans l'élaboration du code est par ailleurs développée au chapitre 11.

10.1.2 Le droit à la santé comme principe cosmopolite unificateur

Abordant la question des croyances et principes normatifs partagés, le fait est particulièrement significatif que la plupart des acteurs concernés aient initialement été actifs dans le domaine de la coopération internationale en matière de santé. Ces acteurs partagent donc en premier lieu un fort attachement aux droits humains, et plus spécifiquement au droit à la santé.

Le droit à la santé doit ici être entendu comme le droit à un système de protection et de soins de santé, lequel comprend la mise à disposition de services de santé, d'équipements et de produits de qualité (Riedle 2009: 26). Il est à noter que cette définition se concentre sur les déterminants de la santé relevant de la relation entre l'individu et l'État et exclut par conséquent la prise en charge de facteurs strictement individuels tels que les facteurs génétiques ou comportementaux. On peut ainsi premièrement affirmer que cette communauté épistémique se rassemble autour de principes régissant la responsabilité de l'État vis-à-vis de la santé de ses citoyens. Mais afin de pleinement rendre compte du droit à la santé tel que défendu par cette hypothétique communauté épistémique, celui-ci nécessite toutefois d'être élaboré plus en détails, plus spécifiquement en ce qui concerne sa portée internationale.

Le droit international public fournit effectivement des orientations concernant les obligations que les États auraient les uns vis-à-vis des autres. Ainsi, si un État donné se voit dans l'incapacité de remplir ses obligations fondamentales et ne parvient pas assurer un minimum de services et d'installations de santé au sein de sa juridiction, plusieurs instruments internationaux décrètent une responsabilité des pays les plus riches de fournir assistance et coopération internationale aux pays les plus pauvres²⁸. Mais comme l'expliqua Paul Hunt, Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (Nations Unies 2008: 26), en l'absence d'obligations légales soutenant une telle responsabilité, toute pratique d'assistance et de coopération internationale reposerait en fait sur un motif de charité. Il est d'ailleurs à noter que le Rapporteur spécial considère une telle situation comme inacceptable, la charité étant ici vraisemblablement décriée du fait qu'elle dépend de la marge discrétionnaire des agents moraux et qu'elle échappe donc à toute contrainte institutionnelle (Chung 2007: 138). Pour sa part, le Rapporteur spécial suggère que la solution consisterait à ce que la responsabilité d'assistance et de coopération internationale soit reconnue comme une obligation légale.

Mais une autre orientation doit être repérée. Celle-ci consiste à aborder la santé comme un bien public mondial (*global public good*). Initialement développé par Kaul, Grunberg et Stern (1999), le concept de bien public mondial se définit par ses caractères de non-rivalité (la consommation du bien par un agent ne réduit pas la quantité disponible pour les autres agents) et de non-exclusivité (il

²⁸ Voir par exemple la Charte des Nations Unies, articles 55 et 56 et la Déclaration universelle des droits de l'homme, articles 22 et 28.

est impossible de prévenir quiconque de consommer le bien) ainsi que par sa disponibilité à travers le monde. Il est alors particulièrement marquant de constater que dans l'ouvrage dirigé par Kaul, Grunberg et Stern, le chapitre exposant la manière dont la santé peut être envisagée comme un bien public mondial a notamment été rédigé par Lincoln C. Chen (évoqué précédemment) et Tim G. Evans. Tous deux ont joué un rôle essentiel dans la mise sur l'agenda ainsi que la problématisation des migrations internationales des personnels de santé, notamment en co-dirigeant l'Initiative conjointe sur l'apprentissage. On peut par ailleurs relever que ces personnalités sont toutes issues de l'Harvard school of public Health qui apparaît comme le terreau intellectuel dans lequel a émergé une telle pensée. Si force est toutefois de constater que l'idée de santé comme bien public mondial ne fut pas particulièrement mise en avant dans le cadre des débats liés au code de pratique de l'OMS, il n'en demeure donc pas moins que ce concept constitue selon nous une fondation épistémique essentielle sur laquelle se basent ces leaders de la santé mondiale.

Initialement, l'idée selon laquelle la santé serait un bien public mondial a été considérée comme particulièrement pertinente pour ce qui concerne la lutte contre la propagation transfrontalière de maladies transmissibles (Zacher 1999). Pour leur part, Chen, Evans et Cash argumentent que dans un contexte de globalisation des risques et économique, toute forme de maladie peut être considérée comme un méfait public mondial (*global public bad*). C'est sur cette base que les ressources humaines pour la santé ont dès lors également pu être considérées comme constitutives d'un bien public mondial.

Or, la nature des principes normatifs partagés se voit refondue par le fait de considérer la santé comme un bien public mondial. En effet, selon cette perspective, les pratiques d'assistance et de collaboration internationales n'apparaissent plus comme dépendantes de la seule bienfaisance arbitraire des pays donateurs. Par contre, en signifiant que les déterminants de la santé ainsi que les moyens de satisfaire ces besoins de santé sont de nature toujours plus globale, soit qu'ils résultent d'interdépendances politiques, économiques ou environnementales reliant les pays entre eux, le concept de bien public mondial suggère que l'ensemble de ces pays se trouve responsable de contribuer au développement dudit bien public mondial. Par ailleurs, en soulignant que la communauté internationale est réunie par des intérêts partagés, ce concept s'appuie également sur la reconnaissance d'une forme de nationalisme. Ce caractère utilitaire fut d'ailleurs reproché au concept de bien public mondial qui, en effet, ne mobilise pas un système de valeurs basé sur des principes de justice ou d'équité internationales. Dans le même temps, il est également reconnu qu'un tel argument est susceptible de conférer une plus grande légitimité aux demandes adressées aux gouvernements nationaux (Labonté, Packer et al. 2006: 474). Par exemple, dans un mémorandum adressé au Président américain Obama en 2009, le Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration plaidait en faveur d'un plus grand engagement des États-Unis contre l'émigration des personnels de santé, argumentant que "(...) *A weak health system anywhere is a weak health system everywhere. The*

global health security of all nations is compromised by any health system that does not have a minimum number of trained and supported health workers” (HWMI, Memorandum, 2009).

En résumé, on dira que le concept de bien public mondial sur lequel s’appuie la communauté épistémique nous intéressant est porteur d’une rationalité morale faisant converger nationalisme et cosmopolitisme et formulant des obligations envers les pays membres de la communauté internationale qui ne reposent pas sur un principe de bienfaisance mais sur celui de responsabilité. On retrouve ici la ligne argumentative développée par Miller (2011) permettant de faire valoir une certaine forme de cosmopolitisme moral au sein des relations internationales, tout en restant dans un registre réaliste et non pas idéaliste.

L’attachement au droit à la santé et l’idée que celle-ci constitue un bien public mondial ainsi qu’une même conception du rôle et des responsabilités des États quant à sa défense et promotion constituent donc selon nous autant de critères permettant de qualifier la HWMPI de communauté épistémique. Cette qualification des principes et normes partagés s’avère particulièrement importante dans la mesure où, comme nous allons le voir ci-après, l’influence que cette communauté épistémique a exercé sur le processus d’élaboration du code de pratique est à mettre en lien avec le degré de consensus atteint par les membres de cette communauté ainsi qu’avec leur capacité à défendre des valeurs communes allant au-delà des intérêts nationaux particuliers.

10.2 Canaux d’influence de la communauté épistémique

10.2.1 Incertitude initiale et demande d’expertise

En élaborant le concept de communauté épistémique, Haas a défendu l’idée selon laquelle c’est l’incertitude caractérisant les enjeux contemporains des relations internationales en lien avec la complexité technique des objets discutés, qui créerait le besoin de meilleure connaissance à laquelle les communautés épistémiques pourraient répondre. Selon l’auteur, la communauté épistémique n’est donc susceptible d’exercer une influence que dans la mesure où une demande latente existe.

Concernant le débat sur les migrations internationales des personnels de santé, une telle situation initiale d’incertitude peut effectivement être identifiée. Toutefois, une particularité de notre objet d’étude est que cette incertitude a certainement été exacerbée par le contexte de controverse dans lequel les discussions intergouvernementales ont été entamées. En effet, on peut rappeler que les compensations que les pays d’origine réclamaient aux pays de destination constituaient un point particulièrement épineux du débat. Comme l’illustrent les propos de Jean-Christophe Dumont, les pays de destination se sont retrouvés quelque peu dépourvus par rapport à ce thème : « *c’est un bon candidat, ce sujet, parce que les pays d’origine arrivent à mettre mal à l’aise les pays de destination et*

à les faire culpabiliser. Parce qu'effectivement, derrière ça il y a aussi la question de la cohérence de l'aide et de la montée de l'aide au développement dans le secteur de la santé. (...) Et donc effectivement, les pays de destination qui ont des gros besoins arrivent à être culpabilisés sur cette question et là, les pays d'origine ont un point d'appui » (Entretien n°2, OCDE). A cet égard, le souhait de mieux saisir l'ampleur du phénomène, ses causes ainsi que ses conséquences peut donc être compris comme reflétant une double volonté : du point de vue des pays d'origine, celle d'appuyer les demandes de compensations en les fondant sur des données factuelles, et du point de vue des pays de destination, celle de s'affranchir d'éventuelles accusations abusives. Par rapport à ce dernier groupe de pays, la possibilité de remettre à plus tard le moment de se prononcer quant à ces demandes de compensations et également pu jouer un rôle. Ce n'est donc pas uniquement la complexité technique du sujet qui explique qu'une demande d'informations soit apparue, mais également son caractère polémique.

Adler et Haas (Adler and Haas 1992: 380) ajoutent que la demande d'informations est également à lier à l'intervention de crises et d'évènement dramatiques alertant les décideurs politiques. A cet égard, la rhétorique de crise employée dès les premières publications indiquant une pénurie mondiale des ressources humaines pour la santé a certainement contribué à alarmer, ou du moins, inquiéter la communauté internationale, générant une demande d'informations additionnelles. Mais les auteurs de ces rapports étant considérés comme des membres précurseurs de cette communauté épistémique puisqu'ils en ont créé les fondements épistémiques, on saisit déjà ici un mécanisme d'influence consistant en l'énonciation même d'une situation de crise. Le fait qu'à cette période, des propos relativisant l'impact des migrations internationales sur les pénuries côtoient ces discours alarmistes est néanmoins bien symptomatique de l'incertitude qui prévaut alors, appelant à une connaissance approfondie du sujet et se prêtant à l'émergence d'une communauté épistémique.

10.2.2 Mécanismes d'infiltration dans le discours politique

10.2.2.1 Les fonctions multiples de l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé

Premièrement, la HWMPI, qui peut être considérée comme le noyau de la communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé, a été particulièrement visible à travers ses activités de plaidoyer international. Pour ce faire, elle utilisa notamment les canaux de consultation prévus par le secrétariat de l'OMS pour l'élaboration du code, telle que la consultation électronique publique organisée en septembre 2008. La HWMPI communiqua également au moyen de lettres ouvertes adressées aux membres du conseil exécutif de l'OMS (HWAI, Letter, 2010) ou à des décideurs politiques (HWMI, Memorandum, 2009) ainsi qu'en diffusant des prises de position (HWMI, Technical brief, 2009).

Deuxièmement et certainement de façon plus cruciale, la HWMPI endossa un rôle particulièrement important en commentant et interprétant le caractère plus ou moins désirable des évolutions opérées sur les différents projets de code. Si cette fonction normative a été dans une certaine mesure auto-proclamée, le secrétariat de l’OMS en charge du processus a également conféré à la HWMPI un tel rôle interprétatif. Un exemple particulièrement frappant est celui d’une consultation régionale pour la région européenne sur le code de pratique de l’OMS qui s’est tenue en décembre 2009. Conçue comme visant à aplanir les divergences entre États membres de cette région en vue de la soumission du projet de code au Conseil exécutif de janvier 2010, la réunion fut notamment animée par Peggy Clark, directrice du *Health Worker Migration Policy Advisory Council*. Mais surtout, la documentation mise à disposition fut préparée l’ONG *Realizing Rights* en tant que secrétariat de ce Conseil (HWMPACS, Analysis of revisions, 2009/ 1 et 2). Les documents fournis décrivaient les modifications apportées au code par rapport à la version précédente, mais surtout, en appréciaient le bien-fondé ainsi qu’en suggéraient les orientations désirables. Les délégués présents furent ainsi guidés dans leur discussion par l’interprétation normative communiquée par le Conseil. Il est ici à noter que les vues émises par les membres du Conseil ne furent pas complètement consensuelles. Ainsi, l’un des rapports communiqués précise que certaines recommandations ne font pas l’objet d’un accord unanime. Par exemple, le principe de responsabilité partagée promu par l’Initiative n’était en fait pas défendu par l’ensemble des membres. On rappellera ici que dans le cadre des négociations, la délégation états-unienne s’était particulièrement opposée à l’usage de cette expression.

A cela doit encore être ajouté le travail de persuasion réalisé dans le cadre de relations interpersonnelles. Il est difficile de rendre compte des relations informelles liant les membres de l’Initiative à des décideurs politiques. Toutefois le cas en 2008 de la déclaration du G8 (G8, 2008) nous fournit une bonne illustration de la manière dont les membres de la communauté épistémique ont pu influencer sur l’agenda politique. Cet exemple reflète d’ailleurs le principe selon lequel ce n’est pas tant la taille de la communauté épistémique qui rend celle-ci influente mais plutôt sa capacité à atteindre des acteurs politiques puissants. A cet égard, le fait que le Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration, l’organe de la HWMPI en charge du plaidoyer international, soit composé d’actuels et anciens décideurs politiques de haut niveau tend effectivement à conférer une influence plus importante à la HWMPI dans son ensemble.

10.2.2.2 Communauté épistémique et ancrage national :

Elaborant le concept de communauté épistémique, Adler et Haas ont formulé l’hypothèse selon laquelle plus cette communauté est mobilisée et gagne en influence au sein des États nations, plus ceux-ci vont exercer leur pouvoir de façon à en défendre les valeurs et pratiques recommandées conduisant à leur institutionnalisation internationale (Adler and Haas 1992: 371-372). Avant d’être diffusé internationalement, un modèle de connaissance devrait donc, selon ces auteurs, être en premier

lieu sélectionné par un ou des États qui resteraient l'autorité nationale légitime en matière d'élaboration des politiques.

Afin de tester cette hypothèse dans le cas d'une communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé, nous nous intéressons à deux études de cas rendant compte d'expériences contrastées. D'un côté, l'exemple de la Norvège semble emblématique du processus décrit par Adler et Haas, le fort engagement de ce pays sur la scène internationale en faveur du code de pratique pouvant notamment être compris comme découlant des interactions fortes entre le gouvernement norvégien et les membres de la HWMPI. D'un autre côté, l'expérience néerlandaise permet de mettre en lumière le rôle particulier joué par des acteurs nationaux de la société civile dans l'élaboration et la promotion du code. Cette étude de cas nous invite alors à étendre la conception que nous proposons d'une communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé, au-delà de la seule HWMPI, à un ensemble d'acteurs aux bénéfices de relations complexes et indirectes mais partageant les mêmes principes normatifs et aspirations politiques.

La Norvège, un modèle pour la communauté épistémique ?

Dans le cas de la Norvège, on repère effectivement le processus selon lequel des experts nationaux auraient relayé au niveau de leur gouvernement les problèmes politiques formulés dans le cadre d'une communauté d'intérêts internationale. Comme l'explique le responsable de la coopération norvégienne, c'est bien suite à leur participation aux Forums de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé que les diplomates et experts norvégiens cherchèrent à intégrer le thème des migrations internationales des personnels de santé à l'agenda politique de leur pays : *“This was then identified as one of the bottlenecks to achieve the MDG's and that was in the international arena. We had the diplomats and technical development cooperation people on that arena that took that problem home and wanted to see how we could then incorporate and solve it within our own development cooperation”*. On relève toutefois que l'incorporation de ce thème à l'agenda national semblait conforme à une attitude gouvernementale généralement favorable au développement des pays du Sud. La Norvège, à l'instar d'autres pays nordiques tels que la Suède, la Finlande ou le Danemark, poursuit en effet une tradition de fort engagement dans la défense des droits humains et de la démocratie et, en comparaison internationale, consacre d'ailleurs une part particulièrement importante de sa richesse à l'aide au développement (Gates and Hoeffler 2004). Un engagement en faveur du code de pratique de l'OMS ne semblait donc pas appeler à une refonte des principes normatifs à la base de la politique extérieure norvégienne.

En décidant d'investir le thème des migrations internationales des personnels de santé, la Norvège a principalement agi à deux niveaux. Premièrement, elle a constitué un soutien particulièrement important aux activités de l'Alliance ainsi que de la HWMPI. En 2011, la Norvège avait ainsi contribué à hauteur de près de 8 millions de dollars bruts (7,903,248 de dollars) au

financement de l'Alliance depuis sa création. Ce montant qui équivaut à 24,1% du budget total de l'organisation sur cette période a fait de la Norvège le principal bailleur de fonds de l'Alliance (Vaughan, Fox et al. 2011). De façon plus stratégique, cet engagement s'est également traduit par la nomination de Sigrun Mogedal, alors ambassadrice de la Norvège pour le VIH/Sida, à la présidence du Conseil de l'Alliance entre mai 2008 et janvier 2011. La Norvège fut également solidement représentée au sein de la HWMPI puisque le ministre norvégien du Développement international, M. Erik Solheim, intégra le Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration, le groupe en charge du plaidoyer international. On saisit ici que le gouvernement norvégien s'est particulièrement investi au sein de cette communauté internationale de façon à en amplifier la portée.

La Norvège s'est également imposée comme un acteur incontournable dans des contextes plus intergouvernementaux. Le rôle joué par ce pays durant les négociations sur le code de pratique est à cet égard emblématique. Il faut préciser que le positionnement de la Norvège par rapport à la distinction communément faite entre pays d'origine et de destination est particulier. En effet, en comparaison internationale, la Norvège n'est pas un employeur de personnels de santé étrangers très important²⁹. De plus, avec une majorité des travailleurs étrangers provenant des pays nordiques et plus généralement, du nord de l'Europe, le flux en provenance des pays en développement s'avère très modeste (Norwegian report, 2009 / 1 : 40). Par contre, lors de leurs interventions, les représentants gouvernementaux de la Norvège se sont régulièrement dits concernés par le fait qu'en raison du vieillissement de la population, des risques de pénurie pourraient subvenir si rien n'était fait pour prévenir cette situation. La Norvège représente ainsi un cas de figure où la pertinence de l'association communément établie entre pays développés et pays de destination est affaiblie. En œuvrant à la défense des intérêts des pays d'origine, elle a ainsi pu faire valoir une légitimité liée à son statut de pays développé dans ses discours visant à responsabiliser les autres pays riches. De plus, il fut d'autant plus aisé pour les représentants norvégiens de se ranger du côté des pays d'origine et de mettre en cause les pays de destination que dès 2007, le pays s'était doté d'une stratégie nationale en matière de recrutement international des personnel de santé conduite par la Direction de la santé d'une part et le Ministère des affaires étrangères d'autre part. Cette chronologie des faits est également développée par Bjarne Garden : *“So then it was taken home as part of our development agenda. And then, because we have an attention to watch coherence in our politics domestically and internationally, when these dramatic problems were taken into development, it also evaporated into our national health authority. (...) So when the WHO adopted the first resolution in 2004, then also obviously our national health authority had to be on that agenda because they actually are predominant in Norway's relation to WHO, it is then through the Ministry of Health, together with the Ministry of Foreign Affairs”* (Entretien n°5, NORAD).

²⁹ Selon les statistiques de l'OCDE (2007), en 2000, la Norvège employait 6.1% d'infirmières étrangères (moyenne dans les pays de l'OCDE de 10.7%), et 16.6% de médecins étrangers (moyenne dans les pays de l'OCDE de 18.2%).

En se présentant sur la scène internationale, la Norvège put ainsi faire valoir la stratégie nationale développée et composée d'un volet domestique axé sur la couverture nationale des besoins en personnels de santé (Norwegian report, 2009 / 2) et d'un volet international axé sur l'aide aux pays à bas revenus (Norwegian report, 2009 / 1). Pour chacun de ces pans, un document traduit en anglais fut préparé et diffusé au sein de la communauté internationale. Cette stratégie fut également exposée à diverses reprises dans le cadre de réunions internationales. On repère ici un mécanisme de transfert des politiques sous forme d'apprentissage (*policy learning*). Sur la base du cadre conceptuel proposé par Dolowitz et March (1996)³⁰, ce processus se caractérise par le fait que des décideurs politiques nationaux cherchent à transférer des programmes politiques par pression normative et en encourageant le mimétisme. La diffusion de pratiques nationales considérées comme exemplaires se fait alors sur une base volontaire. Dans une large mesure, les principes régissant cette stratégie nationale correspondent en fait à ceux du code de l'OMS. De ce fait, la promotion de la stratégie norvégienne constitue un encouragement à inscrire dans les lois nationales les principes non contraignants du code de pratique. On peut toutefois relever que cette mise en exemplarité de la pratique norvégienne ne fut pas exempte d'intérêts nationaux puisque la démarche servit notamment à appuyer la candidature de Bjorn Inge Larsen, directeur de la Direction norvégienne de la santé et des questions sociales (*Norwegian Directorate for Health and Social Affairs*), au Conseil exécutif de l'OMS. L'annonce de la candidature fut d'ailleurs faite lors d'une réunion du Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration qui eut lieu à Oslo les 3 et 4 février 2009. Par ailleurs, si la démarche d'élaboration d'une stratégie nationale a été présentée comme exemplaire sur la scène internationale, il convient de préciser que la promotion de la stratégie norvégienne précédait en fait sa mise en œuvre effective par les autorités nationales.

Au cours des négociations, les délégués norvégiens furent ainsi parmi les plus actifs. Sur chaque point de dissension, ceux-ci défendirent un code plus favorable aux pays d'origine, allant jusqu'à se faire plus présents et pressants que les pays directement concernés. Par exemple, alors que les premières heures des négociations étaient consacrées à la question de savoir si le terme «éthique» figurerait dans le code, la délégation norvégienne fut particulièrement persévérante, notamment face à la réticence dont fit preuve la délégation états-unienne, afin de faire apparaître ce terme dont la portée était supposée être supérieure à celle des droits de l'Homme.

Il est finalement intéressant de faire un bond en avant nous amenant en 2012. Afin de promouvoir la mise en œuvre du code de pratique, le Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration organisa le 24 mai 2012 une cérémonie de remise de prix (*Health Worker Migration Policy Council Innovation Award*) récompensant des représentants de pays d'origine et de destination considérés comme exemplaires. C'est Alban S. K. Bagbin, Ministre de la santé du Ghana

³⁰ Les auteurs proposent de qualifier les transferts de politiques en fonction des réponses à quatre questions : Qui transfère les politiques ? Qu'est-ce qui est transféré ? Pourquoi et comment ?

qui fut primé comme représentant des pays d'origine. Et pour les pays de destination, c'est le Dr. Bjørn-Inge Larsen, responsable de la Direction de la santé en Norvège (et le délégué ayant participé aux négociations sur le code) qui fut récompensé pour avoir instauré un recrutement international éthique, mis en place la formation de travailleurs migrants non qualifiés et assuré un traitement équitable des personnels de santé migrants. La Norvège n'étant pas, en comparaison internationale, un pays de destination confronté aux défis les plus importants en matière de recrutement international de personnel de santé, cette distinction peut certainement être d'avantage rapportée à l'engagement politique dont ce pays a fait preuve sur la scène internationale.

Ce passage en revue des initiatives menées par les autorités norvégiennes en lien avec le thème du recrutement international des personnels de santé illustre bien le processus selon lequel un État exerce son pouvoir en s'appuyant sur l'interprétation consensuelle procurée par une communauté épistémique. L'exemple norvégien révèle les rapports étroits entretenus entre agents gouvernementaux et les communautés d'experts que sont l'Alliance et la HWMPI. Ces relations ont notamment consisté en la circulation de flux financiers, de personnes, et de discours spécifiques sur les migrations des personnels de santé. L'engagement de la Norvège s'est alors exprimé aux niveaux domestique et international, par l'élaboration d'une stratégie nationale d'une part, et par la promotion sur la scène internationale de cette stratégie ainsi que du code de pratique d'autre part. Cet exemple illustre ainsi la façon dont un État, tout en restant l'autorité essentielle en matière d'élaboration des politiques, s'est appuyé sur les normes et principes promus par une communauté épistémique. Un caractère marquant de cet exemple serait toutefois le rôle actif que semble avoir joué le gouvernement norvégien dans la formulation de ces normes et principes, témoignant d'une forte imbrication entre communauté épistémique et autorité nationale.

Les Pays-Bas et le rôle de la société civile

Il est également intéressant de se pencher sur le cas des Pays-Bas, qui révèle une expérience passablement différente de celle observée en Norvège. C'est plus particulièrement l'étude de l'ONG néerlandaise Wemos qui permet de saisir la manière dont les acteurs de la société civile, en combinant des pratiques de plaidoyer aux échelles nationales et internationales, sont intervenus dans l'élaboration du code de pratique. Si l'organisation Wemos est en premier lieu définie comme représentant la société civile, elle peut également, notamment en raison de ses fondements normatifs marqués autour de la défense du droit à la santé, être considérée comme appartenant à la communauté épistémique que nous avons évoquée.

Wemos se présente ainsi comme une organisation luttant pour le droit à la santé dans les pays en développement. Bien qu'elle coopère également avec des organisations de la société civile dans les pays en développement, son activité principale porte sur la sensibilisation, le plaidoyer et le lobby des décideurs néerlandais ainsi que des autres acteurs intéressés, selon les thématiques traitées. Ces

dernières années, Wemos a notamment travaillé sur les questions de financement des systèmes de santé et de tests de médicaments par l'industrie pharmaceutique dans les pays en développement. Les représentants de l'organisation affirment travailler sur la question des migrations internationales des personnels de santé depuis le début des années 2000, initialement dans le cadre d'un groupe de travail portant sur l'impact des programmes d'ajustement structurel du Fond monétaire international sur les politiques de santé dans les pays en développement. Les actions spécifiques au thème de la migration, initiées sous l'impulsion de la publication du rapport annuel de l'OMS sur la santé dans le monde consacré en 2006 au thème des personnels de santé et du lancement des travaux sur le code de pratique, sont toutefois plus récentes. En 2009, Wemos a ainsi entrepris de rassembler l'ensemble des acteurs concernés par le recrutement international des personnels de santé, gouvernementaux et non-gouvernementaux afin de discuter du rôle des Pays-Bas, notamment en tant que pays de destination, dans la crise mondiale en personnels de santé. Pour cette ONG, la première étape a ainsi consisté en l'identification de ces acteurs. Sur le plan gouvernemental, le service principalement en charge de la question du code était celui des affaires internationales au sein du *Ministry of Health, Welfare and Sport*. Les thèmes abordés par le code concernaient toutefois diverses agences gouvernementales. Par exemple, la question des ressources humaines domestiques relevait d'un autre service au sein du Ministère de la santé, et le *Ministry of Development Cooperation and Gender Equality* était pour sa part plus concernés par l'aspect de la fidélisation des personnels de santé dans les pays d'origine. Il est frappant de noter qu'avant l'intervention de Wemos, ces différentes agences ne semblaient pas entretenir de relations sur le thème des migrations des personnels de santé et que c'est bien sur l'initiative de cette ONG que l'ensemble de ces acteurs gouvernementaux se sont pour la première fois réunis afin d'aborder ensemble cette thématique. En ce qui concerne les acteurs non-gouvernementaux, ceux-ci englobaient les autres ONG actives dans le domaine de la santé, les associations professionnelles et les institutions académiques. Parmi les acteurs approchés, seules les associations médicales et les employeurs ont préféré ne pas être impliqués. La réticence de ces derniers semble pouvoir s'expliquer par le fait que Wemos avait précédemment vivement dénoncé dans les médias le recrutement d'infirmières opéré en Inde par certains employeurs.

L'initiative de Wemos s'est ainsi traduite par la création de la *Dutch Human Resources for Health (HRH) Alliance* le 7 avril 2009, date symbolique de la journée mondiale de la Santé. A la fin de l'année 2010, Wemos, en collaboration avec la *Dutch HRH Alliance*, publiait un catalogue de recommandations (Wemos, 2010) s'adressant, entre autres, aux divers ministères néerlandais concernés, institutions de santé, agences de recrutement, associations professionnelles ainsi qu'aux parlementaires. Par l'identification des compétences pour chacun des aspects du recrutement international, l'ONG a ainsi attribué des responsabilités à chacun de ces acteurs, auprès desquels un travail plaidoyer était exercé. Toutefois, en termes d'influence sur les décideurs néerlandais, ces recommandations semblent plutôt avoir été la partie visible et publique du travail de transmission de

l'information et de persuasion réalisé au sein même de l'Alliance. En effet, en prenant l'initiative de réunir l'ensemble des acteurs concernés, Wemos a eu l'avantage de présenter la problématique des migrations internationales des personnels de santé selon sa propre perspective, c'est-à-dire en insistant sur la responsabilité d'un pays tel que les Pays-Bas envers les pays en développement. Le soutien apporté par la délégation néerlandaise au code de pratique durant les négociations à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010 peut d'ailleurs être interprété comme le résultat de la participation des autorités gouvernementales à la *Dutch HRH Alliance*.

Il est également intéressant de mentionner le fait que, de l'aveu de ses propres membres, cette démarche a également représenté un défi important pour Wemos, et ce pour deux raisons. Premièrement, si, de par ses activités traditionnellement centrées sur les pays en développement, l'organisation entretenait une collaboration régulière avec le *Ministry of Development Cooperation and Gender Equality*, de nouveaux contacts ont dû être développés avec les acteurs impliqués dans la question des ressources humaines dans le domaine de la santé aux Pays-Bas. Au vu de l'importance des rapports interpersonnels dans cette tâche de coordination et de plaidoyer, la diversification des interlocuteurs concernés par la thématique abordée a ainsi demandé un investissement accru de la part des membres de Wemos. Deuxièmement et en lien avec ce qui précède, en se positionnant comme agent de coordination entre les différents acteurs concernés, les représentants de Wemos ont également dû adapter leur posture vis-à-vis de leurs interlocuteurs. En effet, en tant qu'ONG active dans la défense du droit à la santé, les membres de Wemos étaient plutôt habitués à adopter une position normative forte et à dénoncer les pratiques non conformes aux valeurs défendues. A l'inverse, le rôle endossé dans la thématique des migrations des personnels de santé se veut moins offensif et plus constructif, comme l'exprime Remco van de Pas, chargé de programme pour Wemos : *“By opening your network, there is a sense of being dirty if you are working with companies or governments which, in your opinion, have bad intentions.(...) I have to do my best sometimes to be more constructive. Because if someone tells you that you did not do the right thing, then you are like, who are you to tell me!”* (Entretien n°3, Wemos).

L'organisation Wemos ne s'est toutefois pas limitée à un plaidoyer dans la seule sphère nationale. En effet, si les autorités des Pays-Bas se sont montrées plutôt favorables au code de pratique, elles n'ont pas pour autant adopté une posture aussi engagée que, par exemple, celle de la Norvège. Par contre, l'organisation Wemos s'est organisée sous la forme d'un réseau de plaidoyer international (*transnational advocacy network*) afin d'également intervenir dans le débat international sur le code sans passer par l'entremise des autorités gouvernementales néerlandaises. Ainsi, Wemos a rejoint l'Alliance mondiale pour les personnels de santé au début de l'année 2009. Le directeur exécutif de l'Alliance, le Dr Mubashar Sheikh participa d'ailleurs à l'évènement organisé par Wemos le 7 avril 2009 pour la journée mondiale de la santé, auquel participèrent parlementaires et décideurs politiques néerlandais. Mais surtout, Wemos intégra en 2010 l'association *Medicus Mundi*

International (MMI). En tant qu'association au bénéfice de relations officielles³¹ avec l'OMS et traditionnellement concernée par la situation en matière de personnel de santé dans les pays en développement, le réseau MMI était particulièrement susceptible d'intervenir dans le débat international sur les questions de migrations internationales des personnels de santé. Il s'avère pourtant que l'association ne s'est impliquée que tardivement dans le processus d'élaboration du code, comme l'exprime Thomas Schwarz, secrétaire du réseau : *"Nous avons longtemps dormi pour ce qui concerne la migration internationale. Nous avons suivi de très loin le développement initial de la discussion autour du code et ce n'est qu'en 2009 que nous avons finalement démarré une approche plus structurée avec le code"* (Entretien n°4, MMI). La prise de conscience de la nécessité de s'impliquer peut être mise en relation avec les interventions de deux types d'acteurs. Premièrement, le secrétariat de l'OMS, qui coordonnait le processus d'élaboration du code de pratique et qui souhaitait renforcer le poids de la société civile dans les débats alors en cours. Mais on retrouve également Wemos qui, lorsqu'elle en est devenue membre, a particulièrement encouragé le réseau MMI à s'impliquer plus activement sur la scène internationale dans cette thématique. L'engagement de MMI dans le débat international s'est notamment traduit par les interventions réalisées durant le comité régional européen de l'OMS qui s'est tenu à Copenhague en septembre 2009³² ainsi qu'au moment du Conseil Exécutif de l'OMS en janvier 2010. On peut d'ailleurs relever que ces deux interventions furent justement réalisées par des membres de Wemos.

En s'emparant d'un thème émergent sur la scène internationale, l'organisation Wemos s'est ainsi inscrite dans les démarches déjà initiées par une communauté épistémique clairement établie. L'affiliation de Wemos à l'Alliance en 2009 témoigne d'ailleurs de l'adhésion de cette organisation à la rationalité défendue par cette communauté épistémique. A cet égard, le cas de Wemos indique que des acteurs particuliers sont susceptibles de venir s'ajouter à une communauté épistémique donnée, révélant le caractère évolutif et potentiellement croissant d'un tel groupement. Par ailleurs, l'expérience néerlandaise est significative du rôle qu'est susceptible de jouer une communauté épistémique auprès des autorités nationales puisqu'en initiant la discussion auprès des différents acteurs gouvernementaux, Wemos a pu en définir les termes et ainsi conditionner les orientations politiques.

³¹ A ce jour, 189 ONG internationales sont en relations officielles avec l'OMS. Par ce statut, ces ONG ont la possibilité de participer à des réunions, comités et conférences de l'OMS, y compris aux réunions des organes directeurs de l'OMS, et le droit de faire des déclarations pendant ces réunions .

³² Statement to the 59th session of the WHO Regional Committee for Europe, on agenda item 7(c), Health workforce policies in the WHO European Region including International recruitment of health personnel: draft global code of practice, by Medicus Mundi International, delivered by Mariska Meurs on Wednesday 16 September 2009.

10.3 Conclusions

Dans ce chapitre, le concept de communauté épistémique a été mobilisé afin de voir si le code de pratique de l'OMS pouvait en partie être compris comme résultant de l'activité d'un groupe de personnes partageant les mêmes principes normatifs, compréhensions des phénomènes migratoires et projets politiques. En premier lieu, il s'est donc agi de voir si une communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé pouvait effectivement être identifiée. Il est apparu que la HWMPI peut être considérée comme le noyau d'une telle communauté épistémique dont elle constitue une forme institutionnalisée. Par sa composition mixte, ce groupement est emblématique des frontières parfois floues entre les sources gouvernementales et non-gouvernementales de gouvernance globale (Barkin 2006 : 123). Mais une plus large gamme d'acteurs entretenant entre eux des relations plus ou moins formalisées peut en fait être comprise comme entrant dans le champ d'une telle communauté. D'une part, si la HWMPI est en filiation avec l'Alliance, l'ONG Realizing Rights et l'OMS, ces organisations peuvent chacune être comprises comme œuvrant au même projet politique. D'autre part, nous avons vu que, s'inscrivant dans la tendance initiée au niveau international, de nouveaux acteurs étaient susceptibles de relayer le discours développé au sein de la communauté épistémique. Si une communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé a donc bien pu être identifiée, celle-ci se caractérise notamment par sa diversité interne.

Deuxièmement, il s'est agi de saisir les mécanismes à travers lesquels ces différents acteurs considérés comme appartenant à une même communauté épistémique pouvaient agir sur le développement du code de pratique. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous avons recensé plusieurs types d'influence. Il apparaît que c'est bien sur la scène internationale que s'est développée une forme d'interprétation collective des tenants et aboutissants des migrations internationales des personnels de santé, que ce soit dans le contexte de suivi des OMD liés à la santé ou à travers la production de rapports liés à la pénurie mondiale en personnels de santé. Cette interprétation commune, promue par la pratique du plaidoyer international ou par des activités plus informelles de persuasion, s'est ensuite vue relayée dans des contextes domestiques par des acteurs présentant différents types d'ancrage national (dans les cas étudiés, des agents gouvernementaux et de la société civile). Les cas de la Norvège et des Pays-Bas indiquent toutefois des degrés différents d'incorporation de ces schèmes interprétatifs. Ainsi, pour la Norvège, les autorités nationales ont adopté très rapidement le discours de la communauté épistémique et l'ont promu avec une importante volonté politique. Par contre aux Pays-Bas, le fait qu'une ONG ait porté le processus de coordination entre les différents acteurs domestiques, s'il révèle bien le rôle proactif joué par l'organisation, indique également une mobilisation moindre de la part des autorités néerlandaises. A cet égard, il serait certainement utile de

multiplier les études de cas (ce qui était hors de la portée de cette recherche) afin de saisir plus en détail la manière dont s'articulent communautés épistémiques et autorités nationales.

Au vu des observations effectuées, l'influence exercée sur le développement du code semble principalement être fonction de deux paramètres : la légitimité de l'autorité et le degré de consensus au sein de la communauté. Ainsi, si le plaidoyer exercé par la société civile a certainement contribué à exercer une pression normative sur les gouvernements nationaux, cette voix n'a pas bénéficié de la même considération que celle de ces gouvernements. A l'inverse, le gouvernement norvégien a fait valoir les principes normatifs défendus par la communauté épistémique en participant pleinement au processus d'élaboration et de négociation du code. Dans ces deux cas toutefois, le fait que le message délivré faisait l'objet d'un consensus solidement établi contribua à appuyer la force de persuasion de ces acteurs.

A cet égard, le cas de l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé semble plus singulier. En effet, ce groupement cherchait à développer une position consensuelle mais néanmoins basée sur des principes normatifs forts et une importante légitimité pouvait être affirmée du fait de sa composition hétéroclite, constituée de membres de la société civile et de représentants gouvernementaux issus de pays d'origine et de destination. En intégrant des parties aux vues potentiellement divergentes, l'Initiative visait ainsi à internaliser et diminuer les désaccords exprimés sur la scène internationale en vue de proposer une solution politique commune. Nous avons toutefois vu que dans les faits, la primauté donnée à la force normative des recommandations s'est faite au détriment du caractère de représentativité puisque les vues les plus sceptiques concernant le code furent mises en retrait.

Dans cette partie, notre analyse s'est centrée sur les stratégies d'acteurs, mettant au second plan la compréhension commune des phénomènes. Il s'agit toutefois bien d'une caractéristique essentielle de ces acteurs, que nous entendons développer au chapitre suivant. Le développement qui suit doit donc être compris comme permettant de mieux caractériser les modèles interprétatifs défendus par la communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé.

11 PUSH-PULL VS EFFET DOMINO : L'IMPACT DE LA CONNAISSANCE SUR LE CODE DE PRATIQUE

Après avoir discuté des mécanismes rendant compte de l'influence du discours de la communauté épistémique dans sa dimension interactive, nous allons maintenant nous intéresser à la composante plus directement idéelle de ce discours, soit le contenu substantiel des idées véhiculées.

Pour ce faire, nous allons nous concentrer sur le type de connaissance développé sur la question des migrations internationales des personnels de santé. Ce chapitre se fonde donc sur l'hypothèse selon laquelle l'apport de nouvelles connaissances ou le développement de nouvelles façons d'appréhender le phénomène des migrations internationales des personnels de santé peut également initier un changement discursif. En mobilisant le concept de récit politique, nous serons alors en mesure de rattacher certaines recommandations politiques formulées au sein du code de pratique aux conceptions spécifiques des causes et conséquences des mouvements transnationaux de personnels de santé véhiculées par les différents types de connaissance développés.

Nous nous intéressons particulièrement aux deux principaux modèles explicatifs développés afin d'expliquer ces flux migratoires et aux recommandations politiques que ceux-ci suggèrent. Les modèles *push-pull* ainsi que de l'effet domino sont ainsi présentés et analysés. Si chronologiquement, ces deux cadres de compréhension sont apparus successivement, ceux-ci ne doivent pas nécessairement être compris comme s'excluant l'un l'autre. Au contraire, ils ont pu être mobilisés conjointement ou de façon isolée. Face au modèle *push-pull* axé sur une lecture individuelle basée sur l'appartenance professionnelle des motivations à migrer, c'est toutefois la mise en évidence d'un effet domino qui, reposant sur l'idée d'un manque structurel en personnels de santé dans les pays de destination, va permettre à la communauté épistémique présentée précédemment de faire valoir une interprétation des flux migratoires mettant l'accent sur la responsabilité de ces pays vis-à-vis des pays d'origine. Notre analyse se concentrera alors sur la manière dont il a été fait recours à l'outil cartographique afin de démontrer l'existence de cet effet domino.

Nous verrons à la fin de ce chapitre qu'en modifiant la signification attribuée à ces mouvements, une redéfinition des valeurs est également opérée permettant de réconcilier les intérêts nationaux et le bien commun. Le principe d'un instrument global auquel adhèreraient l'ensemble des États membres se voit également légitimé par un tel modèle interprétatif.

11.1 Le modèle *push-pull* comme explication des flux migratoires

Le premier modèle explicatif développé et qui fut fréquemment mobilisé afin d'expliquer les migrations internationales des personnels de santé est le modèle *push-pull*. La plupart des recherches menées sur ce phénomène ont en effet soit directement utilisé un tel cadre d'analyse ou ont relevé qu'il s'agissait là de l'approche à laquelle il était le plus fréquemment fait recours (Buchan and O'May 1999; Martineau, Decker et al. 2002; Kline 2003; Mercer, Dal Poz et al. 2003; Bach 2004; Dovlo 2004; Kingma 2006; Connell 2007).

Recensant des facteurs de répulsion liés au pays d'origine et des facteurs d'attraction liés au pays de destination, le modèle *push-pull* permet d'identifier les éléments intervenant dans la décision

de migrer des individus. Il apparaît qu'au-delà de l'examen des motivations à migrer, ce sont les causes assumées des flux migratoires qui sont mises en lumière par une analyse de la manière dont un cadre d'analyse *push-pull* a été mobilisé afin d'expliquer les migrations internationales des personnels de santé. La mise en avant d'un faisceau d'explications se faisant nécessairement au détriment d'autres pistes explicatives possibles, on voit un récit causal spécifique se dégager en lien avec l'utilisation du modèle *push-pull*. Dès lors que le phénomène est associé à une forme de problème politique (la pénurie en personnels de santé) requérant une prise en charge politique, nous allons voir que les réponses politiques suggérées se trouvent également conditionnées par le type de modèle explicatif mobilisé. L'analyse conduite nous permettra ainsi de voir que le recours au modèle *push-pull* a conduit à axer les suggestions de mesures politiques sur les systèmes de santé des pays d'origine des personnels de santé migrants, plutôt que sur leur pays de destination.

Dans un premier temps, nous revenons sur les fondements théoriques du modèle *push-pull* tel que développé par Lee en 1966. Cette discussion nous permettra de mettre en perspective les études ultérieurement développées : l'enquête de Mejia, l'une des premières d'envergure mondiale sur les migrations internationales des personnels de santé, conduite en 1978, puis les études menées plus récemment, depuis le début des années 2000, sur ce thème. En observant la réappropriation dont a fait l'objet le modèle *push-pull*, nous serons ainsi en mesure de caractériser le discours développé sur les migrations internationales des personnels de santé.

11.1.1 Les origines du modèle push-pull

A l'origine, le modèle *push-pull* s'inscrit dans le champ des théories explicatives des migrations. Il a été présenté par le sociologue et démographe Everett S. Lee en 1966 dans le cadre de l'article "*A theory of migration*" paru dans la revue *Demography*. Selon lui, "*no matter how short or how long, how easy or how difficult, every act of migration involves an origin, a destination, and an intervening set of obstacles.*" (1966: 49). Plus spécifiquement, Lee recense quatre types de facteurs intervenant dans la décision de migrer : les facteurs liés au pays d'origine (facteurs de répulsion ou *push factors*), les facteurs liés au pays de destination (facteurs d'attraction ou *pull factors*), les obstacles intermédiaires (notamment liés au franchissement de la distance et de frontières) et les facteurs personnels.

La prise en compte des facteurs individuels permettrait d'expliquer le fait que certains groupes d'individus soient plus ou moins sensibles à certains jeux de facteurs. C'est en ce sens qu'il peut être dit que la migration est sélective. Lee précise que les personnes hautement qualifiées s'inscrivant dans une perspective d'avancement professionnel réagiraient particulièrement aux facteurs d'attraction liés aux pays de destination. A l'inverse, les facteurs de répulsion liés au pays d'origine opéreraient de façon plus intense sur les individus économiquement et socialement défavorisés (Lee 1966: 56).

De plus, Lee relève que les individus ont généralement une meilleure connaissance de leur pays d'origine, basée sur leur propre expérience, alors que la connaissance du pays de destination est souvent beaucoup plus limitée. La décision de migrer ne peut donc pas être interprétée comme résultant d'un pur calcul des facteurs d'attraction et de répulsion puisque ce ne sont pas tant les facteurs réels que la perception qu'en ont les individus qui serait prépondérante. La façon dont les facteurs d'attraction et de répulsion sont envisagés par Lee laisse donc une place importante à la subjectivité des migrants, un aspect cependant souvent occulté dans les études mobilisant l'approche *push-pull*.

11.1.2 L'étude fondatrice de Mejia dans les années 1970

Un regard rétrospectif sur les activités de l'OMS permet de voir que la question des migrations internationales des personnels de santé avait déjà été thématiquée à la fin des années 1970. Bien que ce sujet n'eût pas été l'objet d'une résolution ou n'ait pas donné lieu à une demande d'élaboration de normes internationales, il fut à l'évidence considéré comme suffisamment important pour qu'une vaste enquête soit initiée par l'OMS. C'est donc en 1978 que parut l'article d'Alfonso Mejia, directeur de la santé par l'OMS, "*Migration of Physicians and Nurses : a World Wide Picture*" dans le *International Journal of Epidemiology*.

En premier lieu, on constate que les motifs ayant initié l'étude réalisée par Mejia sont globalement similaires à ceux exprimés lors des travaux menés cette dernière décennie : "*Today there is concern about a migratory flow of a different kind – that of the elite from less prosperous countries flooding into few privileged countries of the world*" (Mejia 1978: 207). C'est donc bien la question de fuite des cerveaux, ainsi que celle des effets négatifs potentiels pour les pays d'origine qui constituaient la préoccupation de départ.

Un objectif essentiel de l'étude était alors de quantifier les stocks et flux de médecins et d'infirmières entre pays d'origine et de destination à travers le monde. Il était alors notamment recensé que 6% des médecins dans le monde ne se trouvaient pas dans leur pays d'origine, et on évaluait à 4 pour-cent la part des infirmières se trouvant dans ce même cas de figure. Néanmoins, Mejia relativisait l'ampleur du phénomène, considérant que "*such migration is not a universal phenomenon in that only relatively few countries are heavy donors of physicians and/or nurses, and even fewer are recipients*" (Mejia 1978: 207). Si l'auteur cherchait à dresser un portrait mondial de ces flux migratoires, c'est donc une description mettant en évidence la spécificité d'un nombre restreint de pays qui a résulté de l'étude et non pas l'image d'un phénomène globalisé dont l'ampleur concernerait l'ensemble des pays du monde de façon relativement semblable. Cette observation mérite d'être soulignée car elle permet de faire écho au discours globalisant que constitue un code de pratique mondial.

Parallèlement à la quantification des flux de personnels de santé, l'une des visées de la recherche de Mejia était de saisir quels étaient les déterminants des migrations. Selon lui, l'explication générale était claire : “*Most physicians and nurses who migrate are seeking to improve their professional and financial situations*” (1978: 628). La décision de migrer serait alors prise sur la base des perspectives offertes par les pays d'origine ainsi que de destination. Pour Mejia, ce sont donc bien des facteurs *push* et *pull* qui initient la migration mais la nature de ces derniers est étroitement délimitée : le fait que certains pays produiraient plus de personnel de santé qu'ils ne peuvent économiquement en absorber correspondrait à un facteur *push* de base alors que le facteur *pull* serait lié aux pays produisant moins de personnel de santé qu'ils ne peuvent en absorber. Mais si Mejia mentionne ces deux types de facteurs, ce sont, selon Bach (2004: 625), les facteurs *push* qui retiennent principalement son attention. Ce dernier notait en effet qu'en mettant en relation la densité médicale avec le produit intérieur brut par habitant et en identifiant subséquemment les pays produisant plus de médecins qu'ils ne sont en mesure d'en absorber, Mejia considérait les facteurs *push* comme un élément clé de son analyse. Le fait qu'un jeu de facteurs ait paru prédominant par rapport à l'autre comporte alors des implications politiques bien spécifiques: dans ses conclusions, Mejia estime que la migration est dans une large part le résultat de politiques et de plans irréalistes en matière de personnels de santé dans les pays d'émigration et que c'est sur ce domaine que les mesures politiques devraient être ciblées.

Il est intéressant de noter que s'il reprend les termes *push* et *pull* initialement mobilisés par Lee, Mejia se réapproprie en fait le modèle. En effet, il envisage les migrations internationales des personnels de santé comme la réponse aux déséquilibres sur le marché du travail, lesquels se verraient alors progressivement résorbés. Une telle perspective, se situant à une échelle d'analyse macro, correspond plutôt à une approche néo-classique des migrations.

11.1.3 Le renouvellement de l'approche dans les années 2000

La période allant de la fin des années 1980 au début des années 1990 a été marquée par une baisse de l'intérêt porté au phénomène des migrations internationales des personnels de santé. A la fin des années 1990, l'un des premiers chercheurs à s'être emparé à nouveau de la thématique fut Buchan, spécialiste dans les questions de ressources humaines et de planification dans le domaine de la santé. Il est à noter que les recherches de Buchan ont notamment été menées dans le cadre de mandats pour les services de santé anglais, l'OMS ou l'OCDE. Ses travaux ont donc contribué à informer les discussions portant sur l'élaboration du code de pratique de l'OMS. Si nous nous intéressons ici aux recherches menées par Buchan, c'est donc parce que celles-ci nous paraissent emblématiques de la manière dont la question des migrations internationales des personnels de santé a été abordée au début des années 2000. Il apparaît qu'à nouveau, ces mouvements sont principalement envisagés à travers un cadre d'analyse recensant des facteurs *push* et *pull* liés aux pays d'origine et de destination. Nous

allons toutefois découvrir que la manière dont cette grille de lecture fut appliquée à ces recherches est sensiblement différente de la perspective adoptée par Mejia vingt ans plus tôt.

Le tableau ci-après illustre la manière dont les migrations internationales des personnels de santé ont pu être étudiées au début des années 2000 grâce à un cadre d'analyse *push-pull*. En premier lieu, on peut relever le fait que la grande majorité des facteurs passés en revue sont liés à l'activité ou à la carrière professionnelle des personnels de santé. C'est par exemple le cas des facteurs liés au salaire, aux conditions de travail ou aux opportunités d'avancement professionnel. Cette caractéristique découle très certainement du fait que la population étudiée est précisément définie par son appartenance professionnelle. Il en résulte toutefois la nécessaire (relative) exclusion de facteurs s'inscrivant dans d'autres échelles d'analyse. Dans un registre plus micro ou méso, on pourrait par exemple chercher à saisir de quelle manière la perspective professionnelle s'articule avec des caractéristiques individuelles ou un projet familial, comme le suggérerait le courant théorique de la nouvelle économie des migrations. Par contre, à une échelle plus macro, le modèle *push-pull* se montre moins adéquat pour évoquer des facteurs structurels, que ceux-ci soient liés aux déséquilibres du marché du travail (approche néo-classique) ou plus généralement, aux inégalités mondiales (world system theory).

Figure 8 : Tiré de Buchan (2006): Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution?

Table 3.1 Main push and pull factors in migration and international recruitment of health workers	
<i>Push factors</i>	<i>Pull factors</i>
Low pay (absolute and/or relative)	Higher pay
Poor working conditions	Opportunities for remittances
Lack of resources to work effectively	Better working conditions
Limited career opportunities	Better resourced health systems
Limited educational opportunities	Career opportunities
Impact of HIV/AIDS	Provision of post-basic education
Unstable/dangerous work environment	Political stability
Economic instability	Travel opportunities
	Aid work

Source: adapted from Buchan et al. (2003).

Les facteurs passés en revue tendent ainsi, à la manière d'un jeu de miroirs, à se refléter les uns les autres : Le haut salaire du pays de destination fait écho au bas salaire du pays d'origine; les opportunités professionnelles d'un pays se substituent au manque de perspectives de l'autre, etc. Cette observation se doit d'être soulignée car un tel modèle explicatif, basé sur une symétrie entre facteurs d'attraction et de répulsion, comprend des implications politiques spécifiques. En effet, en mettant en évidence des différentiels entre pays de départ et pays d'arrivée, ce sont les mesures politiques

centrées sur les pays d'origine qui s'imposent comme les plus désirables. Il semble en effet peu opportun de vouloir niveler vers le bas les facteurs attirant les migrants dans les pays de destination dans le but de diminuer leurs flux. Par contre, il paraît nécessairement plus souhaitable d'agir sur les facteurs de répulsion, afin d'offrir une meilleure satisfaction professionnelle aux candidats au départ. Un cadre d'analyse *push-pull*, axé sur des critères professionnels invite donc à concentrer l'élaboration de réponses politiques sur les facteurs liés au pays d'origine.

On relève que, par rapport au modèle défendu par Lee, une conclusion contradictoire semble se dégager. En effet, en énonçant le caractère sélectif de la migration, Lee considérait les personnes hautement qualifiées comme plus sensibles aux facteurs d'attraction liés aux pays de destination alors que dans les systèmes explicatifs présentés ci-dessus, ce sont finalement les facteurs de répulsion qui retiennent l'intérêt. Cette différence peut être considérée comme résultant du déplacement de l'attention de l'analyse de l'individu vers le groupe professionnel.

Dans l'élaboration de certains modèles explicatifs, les facteurs d'attraction et de répulsion passés en revue ont aussi été complétés par un facteur d'attraction d'un autre registre, celui d'une demande croissante en personnels de santé dans les pays développés. De fait, ce facteur est régulièrement mentionné dès les premières publications traitant du sujet. Ce facteur s'inscrit dans un système explicatif se concentrant sur les motivations individuelles à migrer. Ainsi, l'importance qui lui est attribuée et la volonté d'y exercer une action politique a été relativement nuancée. Toutefois, au cours des années, ce facteur va progressivement s'imposer comme une explication essentielle aux migrations internationales des personnels de santé. La figure de l'effet domino que nous présentons ci-après joue un rôle essentiel à cette visibilité du facteur explicatif que constitue la demande structurelle de personnels de santé dans les pays de destination.

11.2 Le modèle de l'effet domino

Si le modèle *push-pull* a principalement constitué un modèle explicatif des motivations à migrer, celui de l'effet domino, qui s'est progressivement imposé dans la littérature spécialisée, a plutôt constitué une forme de description de ces flux migratoires. Ce chapitre repose ainsi sur la thèse selon laquelle l'apparition de ce nouveau modèle des migrations internationales des personnels de santé, dès lors qu'il peut être assimilé à une forme de récit politique, est de nature à orienter les recommandations politiques en lien avec ce phénomène. Une seconde thèse centrale consiste à envisager que ce modèle tire une force de persuasion particulière du fait qu'il s'exprime de façon cartographique. L'instrument cartographique est alors considéré comme permettant non seulement d'illustrer le modèle de l'effet domino, mais comme contribuant également à en forger la compréhension.

En collaboration avec l’OMS, l’OCDE a joué un rôle fondamental en développant une cartographie de ces mouvements dont se sont ensuite inspirées d’autres acteurs tels que les ONG (voir figure 20) ou les autorités nationales (voir figure 19). S’imposant face au modèle *push-pull*, le modèle de l’effet domino s’est ainsi institué comme le mode de compréhension dominant des causes et conséquences des migrations internationales des personnels de santé, partagé par les membres de la communauté épistémique s’étant constituée en lien avec ce phénomène. Ce modèle suggérant un manque structurel de personnels de santé dans les pays de destination, il a particulièrement été mobilisé afin de mettre en évidence la responsabilité de ces pays envers les pays d’origine.

Les mouvements internationaux des personnels de santé, particulièrement lorsqu’ils sont décrits aux échelles internationale ou mondiale, ont donc été rapportés à un effet domino³³, (Thomas-Hope 2002; Dussault and Francescini 2006; Farrant, MacDonal et al. 2006), à des mouvements de carrousel (Abel-Smith 1986; Bundred and Levitt 2000; Martineau, Decker et al. 2002; Eastwood and al. 2005; Labonté, Packer et al. 2006; Lantz 2007; Wright, Flis et al. 2008) ou en cascade (Bhorat, Meyer et al. 2002; Meyer, Kaplan et al. 2002; Connell 2007: 7; Dumont, Zurn et al. 2008; OECD 2008). Dans cette section, nous entendons alors autant discuter la métaphore textuelle suggérée par les expressions effet domino, mouvement de carrousel ou en cascade, que la métaphore graphique induite par la représentation cartographique, étant entendu que les interprétations de l’une et de l’autre se complètent mutuellement. Nous inscrivant dans une perspective de cartographie critique, cette étude du modèle de l’effet domino nous montre de quelle manière des représentations cartographiques s’apparentent à des modes de production de la connaissance idéologiquement connotés ayant la capacité d’orienter la représentation des migrations internationales des personnels de santé. Abordées comme une forme de récit politique, nous verrons alors que les cartes de l’effet domino peuvent être conçues comme des vecteurs de cosmopolitisation politique.

Différents dispositifs ont été développés afin de rendre compte des migrations internationales des personnels de santé. Ceux-ci ont pris la forme de tableaux de données, de citation de statistiques emblématiques ou de comparaisons évocatrices. Par exemple, l’idée qu’il y ait plus d’infirmières du Malawi à Manchester que dans tout le Malawi, ou de médecins éthiopiens à Chicago que dans toute l’Ethiopie se veut particulièrement saisissante (Dayton-Johnson and Katseli 2006: 5). A cet égard, le tableau ci-dessous paru dans la publication de l’OCDE de 2007 constitue sans doute l’une des manières les plus « brutes » d’exposer la répartition spatiale des personnels de santé étrangers dans le monde. Recensant les effectifs de médecins nés à l’étranger pour chaque pays de l’OCDE, il offre une vision relativement distanciée et complète du phénomène. Outre les biais liés à la comparabilité limitée des données entre les pays, on relèvera que seul le choix de ne faire apparaître qu’une sélection de pays nuit à une vision globale du phénomène. On notera toutefois qu’une telle présentation des

³³ Nous poursuivrons pour notre part en nous référant à l’effet domino. Il est entendu que cette expression recouvre également l’idée de migration en cascade ou en carrousel.

données tend clairement à privilégier la lecture des entrées individuelles reliant un pays de naissance à un pays de résidence sur une vision d'ensemble des migrations internationales des personnels de santé. Pour reprendre les termes de Bertin, le cartographe français et « père » de la sémiologie graphique, on dira que ce tableau se donne plus à lire qu'à voir.

Figure 9 : Tableau de données de la répartition spatiale des médecins

PERSPECTIVES DES MIGRATIONS INTERNATIONALES - SOMMAIRE - ÉDITION 2007 - ISBN 978-92-64-03301-6 - OCTRE 2007

Tableau III.A1.3. Médecins nés à l'étranger par pays de naissance et pays de résidence dans quelques pays de l'OCDE

Effectifs

Pays de naissance →	Pays de naissance																												Total	Pays de résidence ↓			
	AUS	AUT	BEL	CAN	CHE	CZE	SVK	DEU	DNK	ESP	FIN	FRA	GBR	GRC	HUN	IRL	ISL	ITA	JPN	KOR	LUX	MEX	NLD	NOR	NZL	POL	PRT	SWE			TUR	USA	
Australie	8 400																															Australie	
Autriche		2 809																														Autriche	
Canada				9 195																												Canada	
Suisse																																Suisse	
Danemark																																Danemark	
Espagne																																	Espagne
Finlande																																	Finlande
France																																	France
Royaume-Uni																																	Royaume-Uni
Grèce																																	Grèce
Hongrie																																	Hongrie
Irlande																																	Irlande
Luxembourg																																	Luxembourg
Mexique																																	Mexique
Nouvelle-Zélande																																	Nouvelle-Zélande
Pologne																																	Pologne
Portugal																																	Portugal
Suède																																	Suède
Turquie																																	Turquie
États-Unis																																	États-Unis
Total général	2 067	1 210	2 223	9 946	1 062	987	549	17 214	1 426	2 632	879	3 940	16 181	2 547	2 456	4 029	4 146	2 674	444	435	178	4 234	2 042	712	1 904	5 742	792	1 254	2 076	4 049	Total général		

Note : 973 médecins nés dans l'ex-Tchécoslovaquie qui n'ont pas pu être attribués, ont été retirés. 8 014 médecins nés sur la péninsule de Corée et pour lesquels la distinction Corée du Nord et Corée du Sud n'était pas possible, n'ont pas été pris en compte non plus. Dans les deux cas, les chiffres concernent principalement les États-Unis en tant que pays d'accueil. Pour la Belgique, les Pays-Bas et la Norvège en tant que pays d'accueil les chiffres détaillés ne sont pas reportés car non significatifs mais ils sont inclus dans les totaux par colonne. Les données pour l'Allemagne ne sont pas disponibles dans le détail par pays de naissance.

Source : Voir tableau III.1.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/048556270781>

Source : OCDE (2007) Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés. *Perspectives des migrations internationales*. Paris.

A la lecture de ce tableau, on observe que l'immigration se concentre surtout dans un nombre restreint de pays. Il s'agit des pays anglophones déjà identifiés comme principaux pays de destination par Mejia dans les années 1970 : États-Unis (près de 40'000 médecins immigrés), le Royaume-Uni (près de 10'000), le Canada (plus de 9'000) et l'Australie (8'400). Concernant les pays d'origine, le tableau est plus diversifié. Le Royaume-Uni et le Canada se distinguent à nouveau (environ 16'000 et 10'000 médecins émigrés), se présentant dans le même temps comme pays d'origine et de destination. Mais le pays d'origine principal qui se détache est l'Allemagne, avec plus 17'000 médecins émigrés. Dans une plus faible mesure, on trouve encore des pays tels que l'Irlande, la Pologne ou les États-Unis.

Au contraire de ce type de représentation reposant uniquement sur des données chiffrées relativement exhaustives, le principe de l'effet domino, tant en tant que métaphore textuelle qu'à travers sa représentation graphique, se distingue, en tant que dispositif de représentation des

migrations internationales des personnels de santé, par son caractère construit ainsi que par le sens dont il est porteur.

11.2.1 Éléments de définition de l'effet domino

En premier lieu, on examinera deux définitions que la littérature offre de l'effet domino. Par exemple, l'OMS et l'OCDE (2011: 110) expliquent que celui-ci *"largely reflects the interdependency of health systems and the globalisation of the health labour market, as a country recruiting health personnel in another country may induce the latter to recruit in a third country in order to compensate for the outmigration of health workers"*. Meyer (2001: 47) nous propose quant à lui une définition sensiblement plus explicite : *"There is a flow from the less advanced countries, which are at pains to produce and retain their own highly qualified personnel, towards intermediate-income countries. These in turn experience a flow towards highly industrialised countries, which themselves may also exchange talent, depending on which sectors are in need. The only winners are those countries that have a positive, permanent and temporary migration balance"*.

A ce stade, deux caractéristiques principales se dégagent de ces définitions. Premièrement, l'affirmation d'une globalisation du marché du travail dans le secteur de la santé à travers la circulation internationale des personnels de santé. On note que cette proposition ne formule pas de jugement quant à la désirabilité du phénomène décrit. La seconde caractéristique relevée concerne la structure hiérarchique de la chaîne migratoire. Il est ici suggéré que ce sont les pays les plus pauvres qui perdent leurs ressources au profit des pays les plus riches, fournissant une forme de subside pervers à ces derniers (Mensah, Mackintosh et al. 2005: 4). En ce sens, le concept d'effet domino revêt une signification beaucoup plus engagée, identifiant des pays lésés, les pays d'émigration et des pays responsables, les pays de destination. On peut à cet égard établir un parallèle entre l'effet domino en tant que concept et celui de chaîne de soins globale (*global care chain*), lequel *"reflects a basic inequality of access to material resources arising from unequal development globally but they also reinforce global inequalities by redistributing care resources"* (Hochschild 2000: 136). Mais si on retrouve ici l'idée que les migrations se dirigent généralement des pays les plus pauvres vers les plus riches, l'effet domino ne peut par contre être complètement assimilé à l'idée de chaîne de soins globale car il n'en revêt pas toutes les caractéristiques. Par exemple, il ne considère les personnels de santé migrants que sous l'angle de leur activité professionnelle, alors que le concept de chaîne de soins globale reflète également les conséquences de la migration dans la sphère privée. Qui plus est, il a été reproché au concept de chaîne de soins globale de ne s'appliquer qu'à un groupe spécifique de prestataires de soins, les employés domestiques (Yeates 2004: 373). En conclusion de ce chapitre, nous verrons de quelle manière l'argumentation de Yeates en faveur d'une construction plus élaborée du concept de chaîne de soins globale nous permet de porter un regard critique sur le concept de l'effet domino.

Mais, comme le rappelle Woods (2010: 18), "*maps are more readily exemplified than defined*". Une analyse de la représentation graphique à laquelle il est régulièrement fait recours afin d'incarner l'effet domino est donc au moins autant susceptible de nous renseigner quant à la nature du phénomène que les définitions qui y ont été attachées. Ces illustrations se composent d'unités géographiques (généralement les pays) auxquelles est associée une variable (les flux de migrants de la santé), nous les envisagerons comme une cartographie des migrations internationales des personnels de santé. Dès lors, celles-ci sont susceptibles de se prêter à une analyse sémiologique de la façon dont sont choisies et construites des variables visuelles de façon à être porteuses de sens, tant en termes de causalité des mouvements migratoires que de jugement quant à leur désirabilité. Pour ce faire, nous avons opéré une sélection de représentations de l'effet domino issues de la documentation ayant accompagné l'élaboration du code de pratique de l'OMS, principalement des rapports publiés et des supports visuels de présentations. Nous discutons ces différentes représentations par ordre chronologique, identifiant les constantes mais également les changements dans la façon dont les variables visuelles ont été utilisées. Afin de compléter notre analyse, nous élaborerons également une pragmatique de la carte, c'est-à-dire que nous resituerons celles-ci dans leur contexte de vie, considérant les conditions dans lesquelles les cartes ont été mises en scène et diffusées. Cette démarche impliquera notamment de prendre en compte la façon dont les cartes s'articulent avec les textes et commentaires associés.

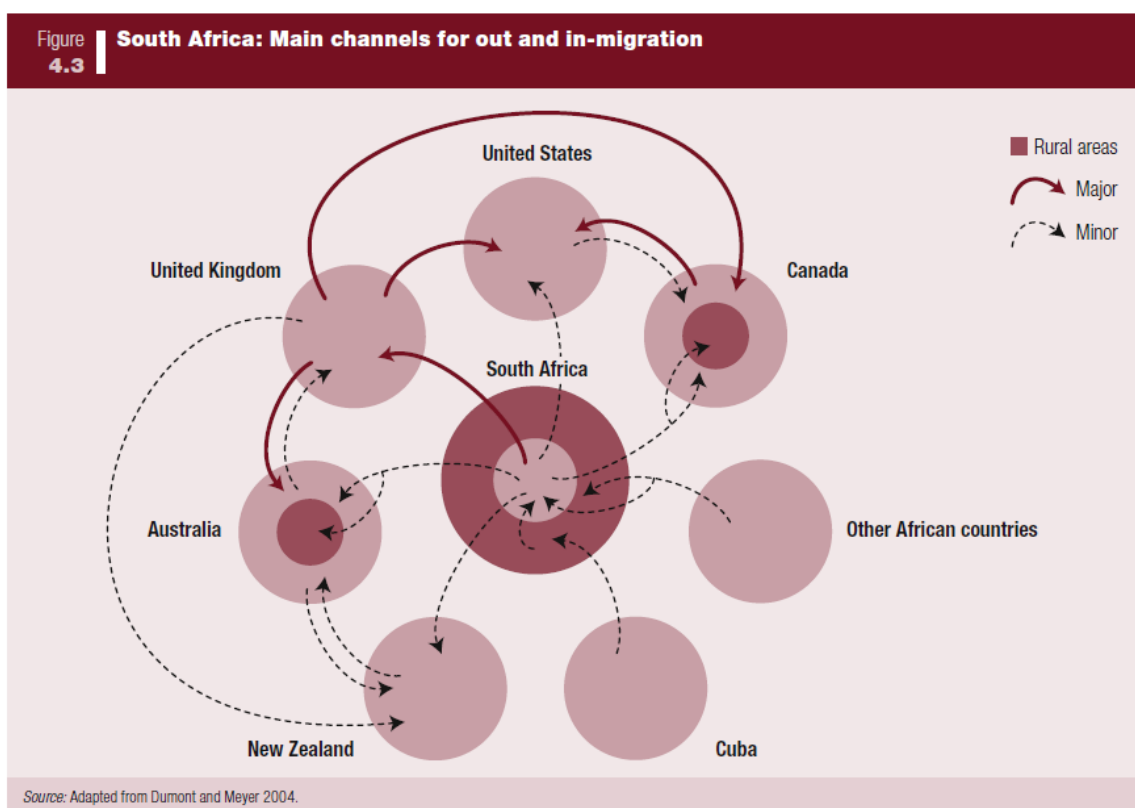
11.2.2 Les représentations successives de l'effet domino

Nous nous intéressons premièrement à la figure représentée dans le rapport fondateur de la Joint Learning Initiative (voir chapitre 8.1.2.1) paru en 2004 et avisant des perspectives de pénurie mondiale en personnels de santé. Représentant les flux de personnels de santé³⁴ vers et à partir de l'Afrique du Sud, de nombreuses informations figurent sur cette carte qui nécessite donc une lecture attentive afin d'être décryptée. On constate que les flux sont représentés en rouge ou en traitillé selon qu'ils sont « majeurs » ou « mineurs ». La légende ne précise pas à partir de quel seuil un flux devient majeur, si ce seuil se définit en valeurs absolues ou de façon relative (par exemple sous forme de taux d'expatriation) ou s'il est fixé de façon identique pour chaque pays représenté, sachant que la taille de leur population varie passablement. Certains pays sont subdivisés en zones rurale et urbaine afin d'indiquer les flux internes ou si les flux internationaux se dirigent vers un espace spécifique. On peut ici se demander si le fait que cette distinction ne soit pas opérée pour tous les pays représentés reflète l'absence de flux vers des régions rurales ou si ceux-ci ne sont pas documentés pour tous les pays. A la lecture de cette carte, on observe que si l'Afrique du Sud est un pays récipiendaire mineur de migrants

³⁴ Les groupes professionnels spécifiques représentés par ces flux ne sont précisés ni par la légende de la carte, ni par le texte l'accompagnant.

en provenance des autres pays africains ainsi que de Cuba, le pays est aussi émetteur de personnel de santé vers le Canada, les États-Unis, l’Australie, la Nouvelle-Zélande et surtout vers la Grande-Bretagne. La carte indique également des flux entre ces différents pays de destination. Il ressort plutôt de cette carte une complexité des flux migratoires au sein de laquelle on décèle néanmoins une certaine hiérarchie entre les pays représentés. L’Afrique du Sud semble alors occuper une place intermédiaire dans ce système migratoire. De façon plus évidente, une hiérarchie entre régions rurales et urbaines est distinguée. Il est à noter que si un effet de carrousel est mentionné dans le texte, il n’y est pas fait recours dans le titre de l’illustration.

Figure 10 : Exemple de représentation de l’effet domino



Source : Joint Learning Initiative (2004) *Human resources for health : overcoming the crisis* : Global Equity Initiative

Nous poursuivons la discussion, avec la figure n°3 parue dans la première publication de l’OCDE ciblant spécifiquement les migrations internationales des personnels de santé . Par rapport à la carte précédente, celle-ci présente la particularité de représenter des flux migratoires nets, une spécificité qui demeurera dans les représentations ultérieures de l’effet domino. En d’autres termes, les flèches qui relient les pays entre eux ne représentent pas, comme le voudraient les conventions cartographiques, des flux se rapportant à une certaine quantité de migrants. Elles expriment par contre,

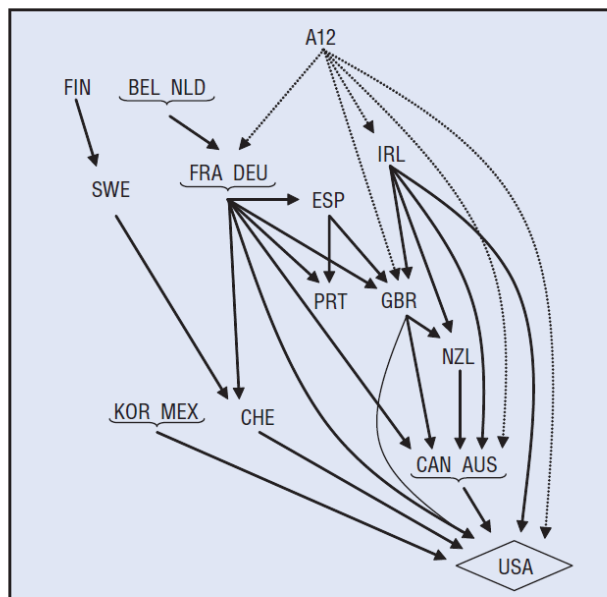
par la direction indiquée, quel pays est le bénéficiaire de la balance migratoire. Les flèches s'orientent ainsi vers le pays qui reçoit plus de migrants qu'il n'en envoie. Or, l'usage de la variable visuelle « flèche » afin de représenter des flux nets nous semble problématique à plusieurs égards. Un passage en revue des questions soulevées par ce choix sémiologique nous paraît donc nécessaire avant de procéder à la lecture de cette carte.

Une première difficulté est inhérente à toute représentation cartographique et concerne la fiabilité, la comparabilité ainsi que l'exhaustivité des données **statistiques** utilisées. Par exemple, le fait que certains pays recensent le nombre de personnes nées à l'étranger et d'autres, celles formées à l'étranger constitue une limite importante aux comparaisons internationales. De surcroît, cette distinction est particulièrement importante lorsqu'il s'agit de personnels de santé puisque le préjudice subi par le pays d'émigration est supposé moindre lorsque les personnes ont été formées dans le pays de destination. Par ailleurs, l'invisibilité de la migration de retour en lien avec l'absence d'information concernant la durée de séjour à l'étranger et de manière plus générale, la difficulté à suivre les trajectoires migratoires des personnels de santé migrants, constituent autant de biais à une représentation fidèle des migrations internationales des personnels de santé.

Mais nous percevons également un écueil plus spécifique à ce type de représentation cartographique. En effet, en recourant aux flux nets et en ne proportionnant pas la largeur des flèches aux quantités, celles-ci s'affranchissent en fait des valeurs numériques auxquelles elles sont pourtant associées. Deux flèches peuvent ainsi refléter tant des bilans migratoires élevés que réduits, et tant des flux migratoires importants que minimes.

Figure 11 : Exemple de représentation de l'effet domino

Chart III.5. Intra-OECD migration of nurses: A cascade-type pattern, net stocks, Circa 2000



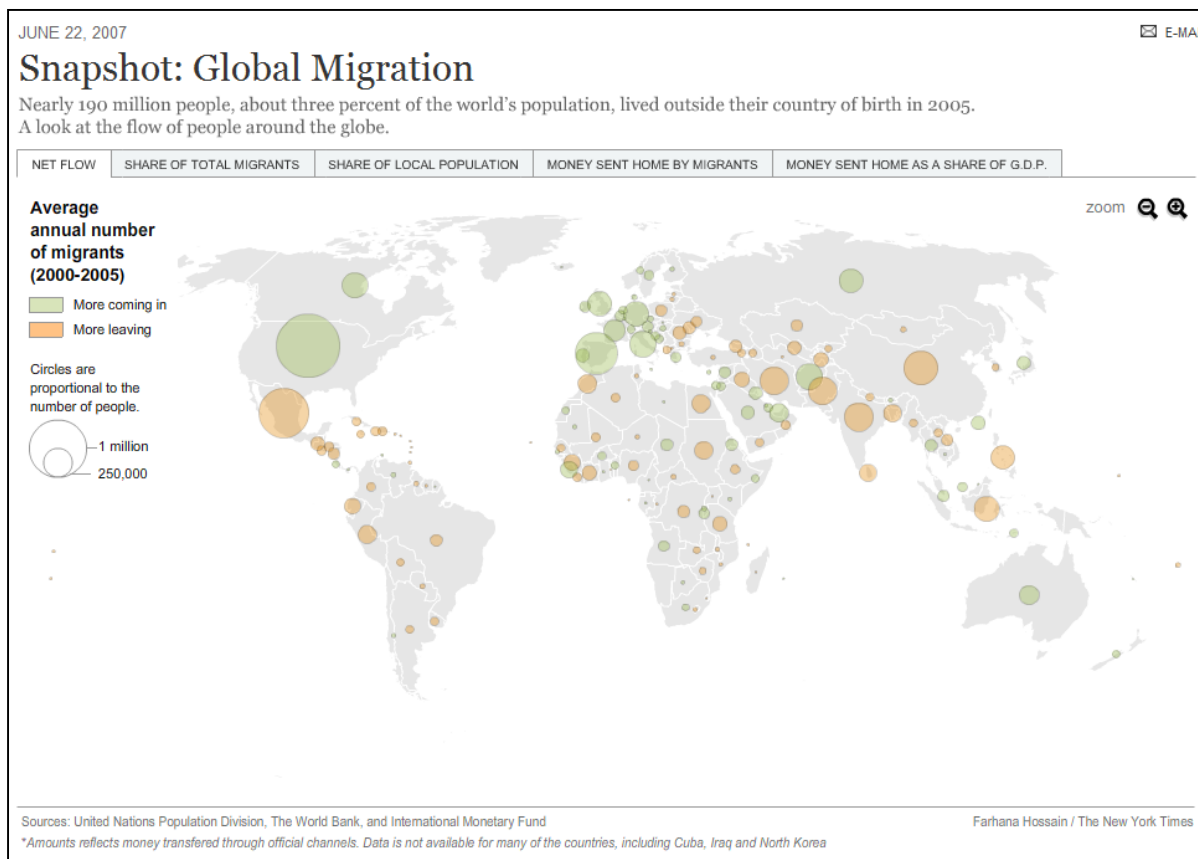
Reading note: Arrows represent a positive difference between the stocks of nurses in origin and receiving countries. Not all possible downward arrows are represented (for instance Finland has a net deficit with Sweden but also with Switzerland and the United States), but there would be no ascending arrows (for instance at the time of the population census, Ireland had only a net gain with regards to new EU member states (A12) and the United States was the only country to have a net gain vis-à-vis all other OECD countries).

Sources : OCDE (2007) Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés. *Perspectives des migrations internationales*. Paris. OECD (2008) The Looming Crisis in the Health Workforce : how can OECD countries respond ? *Oecd Health Policy Studies*.

Ce type de représentation nous paraît en fait soulever des questions plus générales de cartographie des flux migratoires et, afin de démontrer le rôle de la sémiologie graphique sur l'interprétation qui peut être faite d'une carte, nous souhaitons discuter un autre mode de représentation des flux nets des migrations parue en juin 2007 sur le site internet du *New-York Times* (figure 4). En premier lieu, puisque cette carte s'attache à rendre compte de la situation par pays et non par couple de pays, la rigueur terminologique voudrait que l'on parle de carte des bilans migratoires par pays et non de carte des flux nets. Alors que la figure 12 de l'effet domino indique la direction des flux nets grâce à l'orientation des flèches, les figurés, ici représentés de façon proportionnelle, indiquent le volume des bilans migratoires, et c'est ici la variable couleur qui est utilisée afin d'indiquer si le bilan est positif ou négatif. Or, nous considérons qu'une telle carte rend compte de façon particulièrement simplifiée de la dynamique des migrations internationales. En effet, pour deux cercles de même taille indiquant un rapport positif, un pays peut expérimenter une forte immigration et une forte émigration, la première étant légèrement supérieure à la seconde alors qu'un autre ne connaîtra qu'une faible immigration mais qui ne serait pas compensée par l'émigration. Une telle carte

participe ainsi à donner une représentation uniforme de phénomènes possiblement très différents. Par exemple, la Russie compte plus de 12 millions d'immigrants avec un bilan net de 183'000 personnes alors que la Grande Bretagne et ses moins de 7 millions d'immigrants présente un bilan migratoire net très proche de 190'000 personnes. Qui plus est, ces bilans ne sont pas mis en lien avec la population totale des pays en question. Ainsi, rapportés à leur contexte national, les bilans migratoires de la Grande-Bretagne et de la Russie suggèrent deux types de dynamiques bien distincts. Plus généralement, c'est donc la pertinence du recours aux valeurs absolues à des fins de comparaison internationale qui est soulevée. Telle qu'elle se présente, cette carte offre finalement une image relativement homogène du phénomène des migrations internationales. On ne distingue pas de pays ou de groupes de pays qui s'écarte(nt) de façon substantielle de la norme. D'une certaine manière, cette carte pourrait être assimilée à un dispositif participant à la représentation des migrations internationales comme étant un phénomène normal, l'être humain étant par nature mobile (Kalm 2011: 32). Si une telle interprétation ne prend pas la même orientation que celle proposée pour le modèle de l'effet domino, cet exemple illustre toutefois l'idée selon laquelle les cartes constitueraient des dispositifs chargés de sens et de pouvoir.

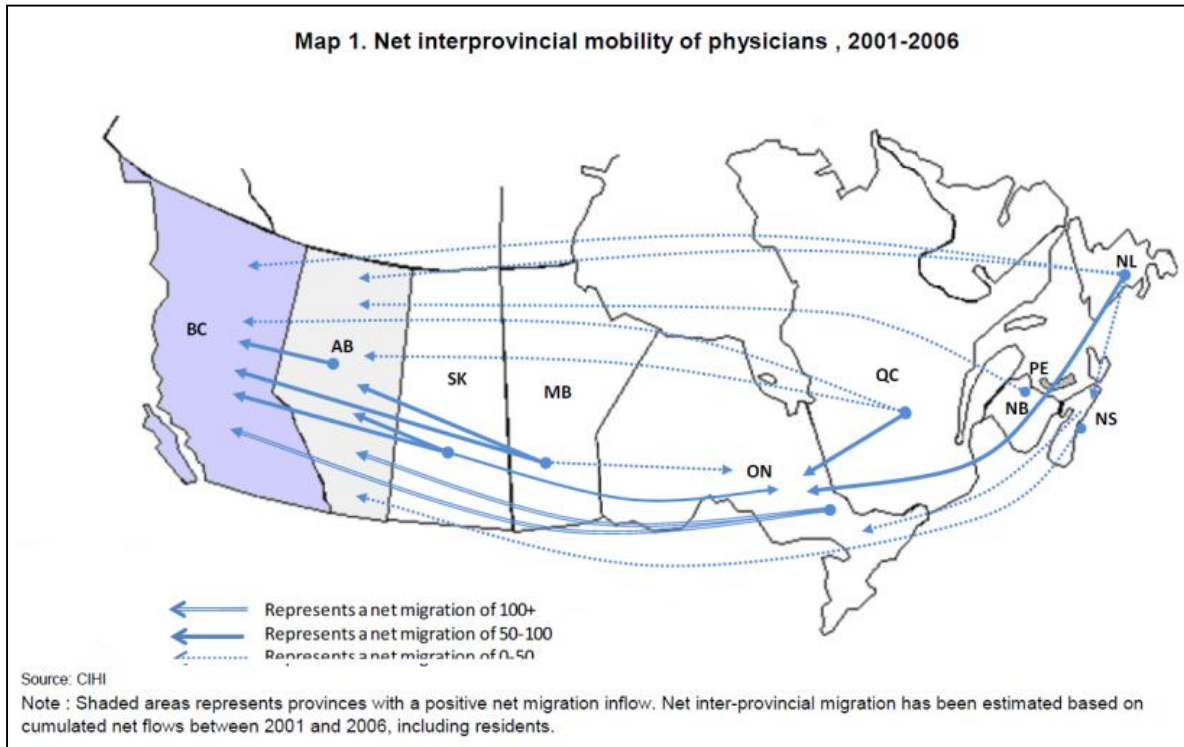
Figure 12 : Exemple de répartition spatiale des migrations internationales



Source : www.nytimes.com, 22 juin 2007

Nous pouvons à présent revenir à la figure 12 de l'effet domino et en proposer une lecture. Celle-ci représente les flux d'infirmières au sein d'une sélection des pays de l'OCDE. Ici, l'effet en cascade est annoncé dans le titre et une hiérarchie apparaît distinctement selon le positionnement vertical des pays. Les États-Unis, unique bénéficiaire net auprès de l'ensemble des autres pays, figurent ainsi dans le bas de la carte. Les pays pour lesquels l'ensemble des flux nets est négatif se trouvent en haut et entre les deux apparaissent les pays qui sont simultanément bénéficiaires et déficitaires en personnels de santé. Le choix ayant été fait de s'extraire des modes de projection classiques et de ne pas effectuer de représentation « littérale » de la topographie, la mise en évidence d'une telle structure hiérarchique semble clairement résulter d'une volonté des concepteurs de la carte. Il paraît également nécessaire de rappeler que les flèches figurées correspondent à des valeurs très variables. Ainsi le bilan net de 12'000 infirmières mexicaines aux États-Unis est représenté de la même manière que le bilan net de 115 infirmières suédoises en Suisse. Une telle représentation ne nous offre donc pas une vision fidèle à la réalité des migrations internationales des personnels dans le monde dans toute leur diversité. Elle vise plutôt à souligner l'existence de chaînes migratoires structurées de façon hiérarchique. Le caractère construit du modèle de l'effet domino se constate également par contraste avec d'autres types de représentations des flux nets. Par exemple, la carte représentant les flux nets de médecins entre les provinces du Canada (figure 14) également réalisée par l'OCDE en 2008 conserve le positionnement topographique des provinces et un niveau d'information est ajouté par la variation de l'épaisseur des flèches en fonction de l'ampleur des flux nets. Une telle représentation semble ainsi plus attachée à décrire les flux nets qu'à les caractériser au sein d'un système migratoire.

Figure 13 : Exemple de représentation des migrations de médecins



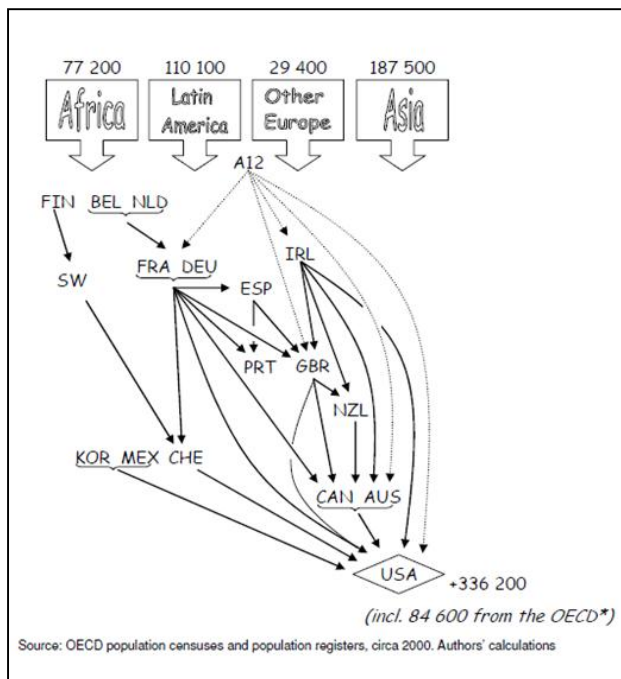
Source : Dumont, J.-C., Zurn, P., Church, J. and Le Thi, C. (2008) *International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities*.

Malgré cela, la carte de l'effet domino se limitant à représenter des pays de l'OCDE, on peut admettre que l'appartenance de ceux-ci à l'organisation suppose une certaine ouverture aux échanges économiques et donc aux migrations internationales. Ceci est particulièrement vrai pour les groupes de pays ayant développé des accords sur la libre circulation des travailleurs. En ce sens, cette présentation de l'effet domino semble suggérer un récit causal des mouvements migratoires selon lequel l'immigration comble les manques nationaux, éventuellement en partie causés par l'émigration des personnels de santé domestiques. Par contre, ce récit ne semble pas connoté de façon normative.

Il est alors intéressant de se pencher sur la version retravaillée de cette carte utilisée lors d'une présentation d'un représentant de l'OCDE, co-auteur du rapport de 2007, à l'occasion d'un workshop sur le thème des migrations internationales des personnels de santé qui s'est tenu peu de temps avant la publication du rapport. Cette carte présente la caractéristique d'identifier et de quantifier plus en amont les groupes de pays fournissant des personnels de santé aux pays de l'OCDE. Cet ajout permet en premier lieu d'offrir une vision proprement mondiale et pas uniquement internationale du phénomène. D'un point de vue sémiologique, il ne s'intègre pourtant pas directement à la figure préexistante puisqu'il n'est pas possible de suivre vers quels pays se dirigent les flux. L'intérêt de cette adjonction semble en fait surtout résider dans le déplacement de la localisation des conséquences des

migrations internationales pour les situer en Afrique, en Amérique du Sud, en Asie et dans les autres pays d'Europe. Il est de surcroît possible de quantifier cet impact puisque le nombre de personnels de santé émigrant de chaque région est spécifié. En utilisant une représentation visuelle distincte de celle décrivant les flux entre pays de l'OCDE (une distinction également opérée dans la mention du bilan migratoire des États Unis) et en indiquant le nombre de personnes concernées, cette carte tend ainsi à souligner le phénomène de l'émigration à partir des groupes de pays non-membres de l'OCDE et implicitement, les manques engendrés par ces départs. Ce faisant, cette carte établit un lien thématique entre le phénomène des migrations internationales des personnels de santé et la pénurie mondiale de ces personnels. En suggérant le caractère problématique de ces mouvements, cette carte se voit ainsi dotée d'un sens enrichi par rapport à la précédente.

Figure 14 : Exemple de représentation de l'effet domino

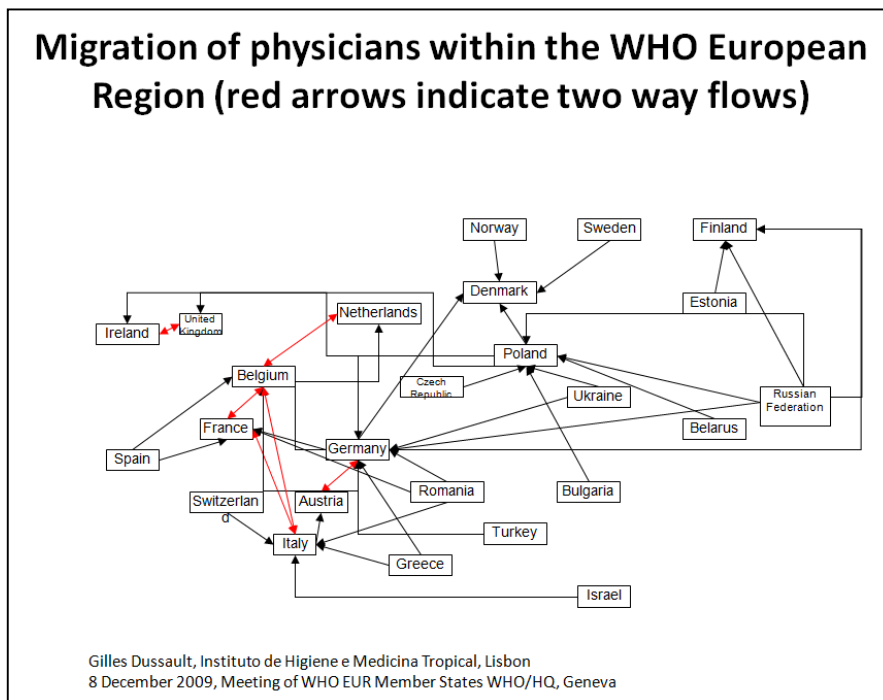


Source: International migration of health professionals: new evidences and recent trends, Jean-Christophe Dumont, Mai 16-17, Sussex

De manière générale, les figures 12 et 15, seront les visualisations de l'effet domino les plus souvent reprises. On retrouve toutefois quelques autres modes de représentation des migrations internationales des personnels de santé ou de l'effet domino. Ces cartes reprennent plus ou moins directement le modèle développé par l'OCDE. Ces exemples permettent de constater que les modifications en matière de choix sémiologiques reflètent et induisent également des changements de signification. Ils peuvent en ce sens être conçus comme le résultat d'opérations de traduction à partir de la figure initiale. Nous nous appuyons sur trois modèles distincts afin de discuter la relation entre sémiologie graphique et interprétation cognitive.

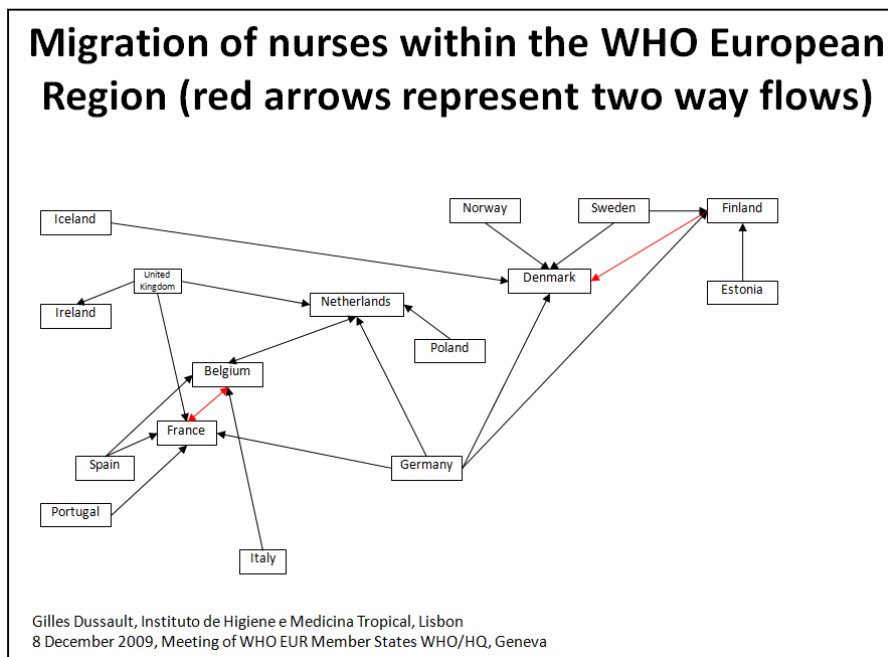
Premièrement, on peut s'intéresser à deux cartes représentant respectivement les infirmières et les médecins au sein de la région Europe de l'OMS. Celles-ci sont apparues dans un rapport publié en 2009 par le bureau de la région européenne (Dussault, Fronteira et al.) et ont également servi de support visuel lors d'une réunion des États membres de la région qui s'est tenue la même année et qui visait à discuter de l'élaboration du code de pratique de l'OMS. En l'absence de légende, la clef de lecture de ces cartes doit être cherchée dans le texte. Ces cartes représentent ainsi les flux et non les flux nets, des flèches à double sens permettent d'ailleurs d'indiquer les couples de pays pour lesquels des échanges mutuels ont lieu. A la lecture du texte, on comprend que seuls les flux « significatifs » sont indiqués, sans que le seuil de significativité ne soit précisé. Ces cartes paraissent relativement chaotiques et il est difficile d'en saisir une logique générale. Contrairement à la carte de l'effet

Figure 15 : Représentation des migrations internationales de médecins



domino, aucune hiérarchie dans la structure des flux ne peut être dégagée mais cette configuration est en fait cohérente avec les propos tenus par les auteurs, qui se limitent à une comparaison entre les mouvements internationaux de médecins et d'infirmières. Ainsi, bien qu'une lecture attentive de chacune de ses cartes soit nécessaire pour en extraire le contenu, on distingue en effet en un coup d'œil que les tendances ainsi que l'échelle des mouvements ne sont pas les mêmes pour les deux groupes de professionnels.

Figure 16 : Représentation des migrations internationales d'infirmières

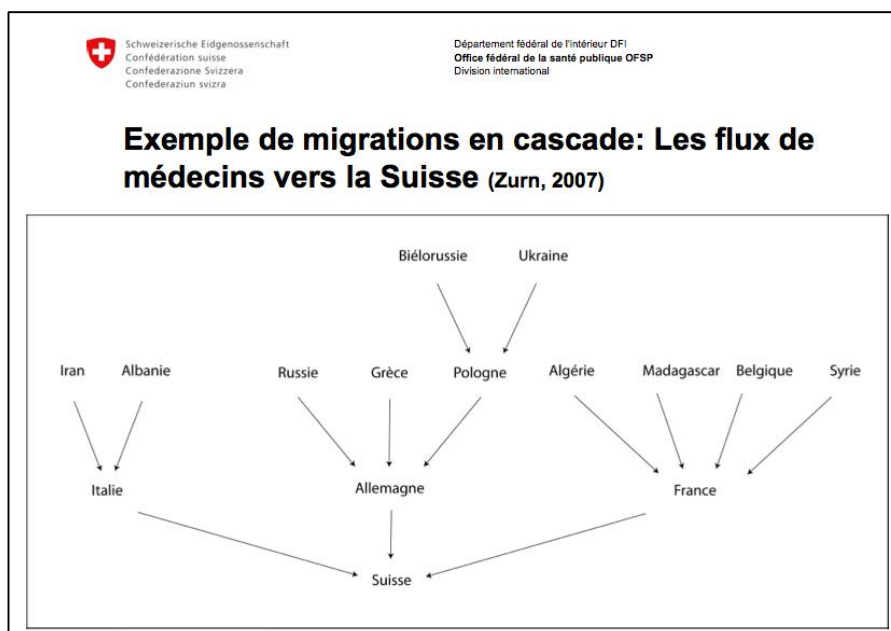


Les deux exemples suivants constituent des adaptations du modèle de l'effet domino ciblant la Suisse comme pays de destination. Afin de comprendre pleinement le sens de ces cartes ainsi que les dispositifs discursifs auxquels elles participent, il est nécessaire de d'abord présenter le contexte dans lequel elles ont été développées. La figure 19 a été conçue par l'Office fédéral de la santé publique en Suisse. Il a été fait recours à cette image dans un usage interne à l'administration fédérale ainsi que lors de diverses manifestations nationales en lien avec la thématique des migrations et ressources en personnels de santé. Quant à la figure 20, élaborée par l'organisation Medicus Mundi Suisse (MMS), elle a servi d'illustration aux supports à travers lesquels l'organisation exprimait un certain nombre de revendications à l'égard des autorités suisses.

Ces deux représentations de l'effet domino partagent principalement deux points communs. D'une part, toutes deux présentent une structure clairement hiérarchique des mouvements migratoires, la Suisse se trouvant en bout de chaîne ou à sa tête, selon que l'on parle de migrations ou de recrutement. D'autre part, en raison de l'absence de légende sur chacune de ces cartes, il n'est pas

possible de savoir si celles-ci représentent, des flux, des flux nets ou plus généralement des tendances de mouvements. D'ailleurs, la liste des pays mentionnés varie sensiblement d'une carte à l'autre sans que l'on soit en mesure de s'expliquer ces différences. En fait, la rigueur supposée guider la démarche cartographique semble secondaire par rapport à un autre objectif, celui de mettre en évidence la position privilégiée de la Suisse dans le système des migrations internationales des personnels de santé et le fait que le recrutement opéré depuis la Suisse se répercute au-delà des seuls pays de provenance des personnels migrant vers la Suisse. Il apparaît que ces cartes ne visent pas tant à représenter la réalité des flux migratoires dans toute leur complexité qu'à mettre en évidence la responsabilité de la Suisse vis-à-vis des pays d'origine des personnels de santé migrants, qu'il s'agisse des pays dans lesquels la Suisse recrute directement ou des pays se trouvant à la suite de la chaîne migratoire. Cette responsabilité est d'autant plus suggérée que le flux de médecins de la Suisse vers les États-Unis, seul pays envers lequel la Suisse entretiendrait un bilan migratoire négatif, est absent de la carte. La Suisse est ainsi présentée comme étant à l'origine d'une chaîne migratoire initiée par ses manques domestiques. En rendant visibles les connections existant entre les différents systèmes de santé nationaux, ces cartes peuvent donc être comprises comme des dispositifs de conscientisation. Si l'on remet ces cartes dans leur contexte, on observe effectivement que du côté des autorités suisses, la représentation de l'effet domino a été conçue dans des visées de sensibilisation, d'implication et de responsabilisation des multiples acteurs concernés ainsi que de légitimation des activités menées (PO).

Figure 17 : Exemple de représentation de l'effet domino à partir de la Suisse



Source : 12^{ème} Journée de travail de la Politique nationale de la santé, état des lieux des travaux de la Confédération sur les migrations internationales des personnels de santé, Gaudenz Silberschmidt, 11 novembre 2010, Berne.

Pour ce qui est de la carte réalisée par MMS (figure 20), on observe le recours à différents procédés afin d'appuyer l'idée selon laquelle la Suisse aurait une responsabilité envers les pays en développement souffrant de l'émigration de leur personnel de santé. Cette carte se présente ainsi comme un dispositif essentiel afin de supporter les différentes revendications formulées par MMS à l'égard des autorités suisses. Premièrement, on constate que les connections entre les pays vont au-delà des seuls pays développés et/ou européens et impliquent également plusieurs pays en développement, notamment en Afrique, sachant que ce continent est, selon les statistiques de l'OMS, le plus durement affecté par les pénuries en personnel de santé. Secondement, le choix de représenter un médecin noir, vraisemblablement provenant d'un pays africain, en arrière-fond du schéma est aussi éloquent. Sachant que l'immigration de médecins africains vers la Suisse est extrêmement réduite (moins de 10 personnes par année), on décèle la volonté des concepteurs de la carte de rendre ce médecin, que l'on suppose géographiquement éloigné, plus proche du spectateur suisse. Dans les termes des auteurs discutant les géographies des responsabilités, on dira que la création d'une telle proximité par la figuration du médecin noir ainsi que l'indication d'une chaîne migratoire étendue au continent africain permet de porter la figure du "*distant stranger*" (Barnett and Land 2007: 1066) à l'attention des décideurs politiques en Suisse. Une telle représentation est d'ailleurs le support d'un intitulé plutôt provocateur puisqu'il est suggéré que la Suisse vole le personnel de santé à l'étranger ("*How to do it if not by stealing?*").

Il paraît important d'apporter ici quelques éléments de nuance afin de mettre en évidence le caractère construit de cette représentation des migrations internationales des personnels de santé. D'une lecture primaire de la carte pourrait par exemple découler l'idée que le Portugal est amené à recruter des médecins en Angola en raison des manques engendrés par l'immigration des médecins portugais vers la Suisse. Cet état de fait serait d'autant plus préoccupant que l'Angola, avec une densité en personnels de santé de 1.27 pour 1000 habitants (Joint Learning Initiative 2004), est clairement au-dessous du seuil fixé par l'OMS à 2.28 (WHO 2006: 12) à partir duquel le pays est considéré comme se trouvant en situation de pénurie critique en personnels de santé. Or, si l'Angola, présente un taux d'expatriation de 63.2 pour-cent, avec un total de 1512 médecins travaillant dans les pays de l'OCDE (Dumont and Zurn 2007: 212), il apparaît que seuls 283 médecins nés au Portugal se trouvaient en Suisse en 2000. Or, d'une part, une partie de ces médecins a possiblement été formée en Suisse et d'autre part, ce flux s'inscrit également dans un contexte plus général de migration du Portugal vers la Suisse. La pression qu'exercerait indirectement la Suisse sur les ressources en personnel de santé d'Angola est donc relativement restreinte et ne peut en aucun cas être la seule explication à la situation de pénurie qui sévit dans le pays. La représentation cartographique effectuée par MMS tend pourtant à suggérer une relation de causalité directe entre le recrutement international à partir de la Suisse et les pénuries en personnels de santé ayant cours dans les pays se trouvant en bout de chaîne. Ce faisant, la responsabilité de la Suisse vis-à-vis de ces pays se voit affirmée.

Figure 18 : Exemple de représentation de l'effet domino à partir de la Suisse



11.2.3 Discussion de l'effet domino

Passant en revue les définitions fournies de l'effet domino, deux caractéristiques principales ont été relevées : la dimension globale du phénomène et sa structure hiérarchique. Ayant observé de quelle manière des outils de sémiologie graphique permettaient de souligner ces caractéristiques, nous souhaitons à présent les questionner et approfondir la discussion entamée lors de l'analyse des cartes de l'effet domino. De par l'écart constaté entre la complexité de la réalité des flux migratoires et la schématisation induite par la représentation de l'effet domino, il apparaît que celui-ci peut en fait être qualifié de récit politique sur les migrations internationales en personnel de santé. On rappelle que le concept de récit politique s'inscrit dans une approche cognitive et normative des politiques publiques faisant valoir l'importance du discours comme facteur de changement institutionnel. Celui-ci comprend les éléments de définition d'un problème politique, en identifie les causes et suggère des solutions spécifiques (Boswell, Geddes et al. 2011: 4-5). En tant que récit politique, le modèle de l'effet domino participe ainsi à l'énonciation d'un problème politique centré sur la question de la pénurie mondiale en personnels de santé, identifie le manque structurel de personnels de santé dans les pays de destination comme une cause essentielle de la pénurie, et suggère une réponse politique fondée, à l'échelle nationale, sur l'orientation des politiques de formation vers l'autosuffisance et à l'échelle internationale, sur la coordination internationale.

11.2.3.1 *La structure hiérarchique de l'effet domino questionnée*

Afin de discuter la dimension hiérarchique de l'effet domino, il nous paraît utile de revenir sur le parallèle établi avec le concept de chaîne de soins globale. Constatant l'application restreinte de ce concept au seul domaine des employés domestiques et ambitionnant d'en étendre la portée à tous les types de personnels de soins, Yeates (2004: 379) propose de lier celui-ci plus directement à une

analyse de la filière globale des produits (*global commodity chain analysis*). Pour l'auteure, il s'agit donc d'apprécier les caractéristiques de ces chaînes migratoires selon des critères tels que le niveau de qualification et de rémunération des travailleurs migrants, le degré d'organisation du domaine d'emploi ou la qualité de sa régulation. Les chaînes migratoires pourraient également être décrites selon leur territorialité, le type de lien unissant les nœuds de la chaîne, et en lien avec la distribution des ressources associées au processus de production, les relations de pouvoir et d'autorité existant entre les différents nœuds de la chaîne. Appliquée à la question des migrations internationales des personnels de santé, la démarche d'analyse proposée par Yeates se rapporte ainsi à une invitation à étendre la gamme des traits constitutifs de la chaîne migratoire pris en considération.

Au cours de notre analyse, nous vu que la dimension hiérarchique de l'effet domino était l'une de ses propriétés essentielles : selon les définitions qui en sont données, une relation de domination serait entretenue entre les pays de destination et ceux d'origine puisque ces derniers sont envisagés comme finançant la formation de ce personnel migrant. Par contre, sur la base de l'état de la connaissance quant aux migrations internationales des personnels de santé, il est possible d'observer des cas de figure très variables. Par exemple, si l'on considère le plus souvent l'investissement réalisé dans le domaine de la formation par les pays d'origine, il est également envisageable que ce soient les individus ou leur famille qui supportent les frais d'une formation privée (Dumont and Zurn 2007: 191). Les mouvements de personnels de santé sont également à distinguer selon qu'ils sont initiés par les migrants eux-mêmes (recrutement dit « passif ») ou que ceux-ci se réalisent par l'intermédiaire d'agents privés de recrutement (recrutement dit « actif »). Il faudrait également étudier la situation du marché du travail dans les pays d'origine et voir non seulement si une pénurie de personnel de santé a lieu mais également examiner les possibilités d'emploi dans le domaine de la santé (Dumont and Zurn 2007: 190).

Or, le modèle de l'effet domino, outre qu'il décrit (en tant que mode de représentation) ou crée (en tant que mécanisme) une globalisation du marché du travail dans le secteur de la santé, supporte également le récit d'un autre type de globalisation, celle de la pénurie en personnels de santé puisque celle-ci est envisagée comme se déplaçant au gré de la circulation internationale des travailleurs. On observe ainsi le passage d'une situation problématique seulement dans un nombre de pays restreint à une vision selon laquelle le problème est conçu de façon mondiale. Or, si des taux élevés d'émigration de médecins conjugués à une très faible densité médicale peut être particulièrement problématique dans des pays tels que les pays des Caraïbes ou qu'un certain nombre de pays d'Afrique, notamment de pays lusophones et francophones, certains grands pays d'origine, comme l'Inde ou la Chine, ne semblent pas particulièrement touchés par le problème, du moins au niveau national.

Il apparaît ainsi que les dynamiques qui sous-tendent les migrations internationales des personnels de santé sont multiples et que la diversité des destinées qui composent le phénomène migratoire rendent celui-ci très hétéroclite. Le concept de chaîne de soins globale tel que reformulé par

Yeates nous permet donc de porter notre attention sur la diversité de ces mouvements. A cet égard, les auteurs du modèle de l'effet domino ne semblent pas tant chercher à fournir une vision absolument compréhensive du phénomène qu'à mettre en évidence un certain type de récit politique.

Il est intéressant de noter qu'un certain nombre des réserves que nous avons passées en revue figurent directement dans le texte des rapports dont sont issus les représentations de l'effet domino. Par exemple : dans son rapport publié en 2007, l'OCDE expliquait que concernant la part du personnel de santé né à l'étranger, « *il existe des écarts importants entre les pays qui correspondent en partie à des différences dans les caractéristiques des ressources humaines de la santé et de la structure globale des flux migratoires, notamment des travailleurs hautement qualifiés* » (Dumont and Zurn 2007: 173). L'organisation reconnaissait également que la comparabilité internationale des données sur les travailleurs formés à l'étranger, qui proviennent de registres professionnels, laisse à désirer. Ainsi, si les choix effectués afin d'établir une cartographie des migrations internationales des personnels de santé nous semblent discutables du point de vue du respect de la sémiologie graphique, nous ne voyons cependant pas en ces cartes le résultat d'un manque de rigueur de la part de leurs auteurs. En effet, ceux-ci semblent tout à fait conscients, d'une part des limites de leur représentation et d'autre part, du message qu'ils cherchent à transmettre.

Dans cette perspective, la carte en tant que dispositif argumentaire, dispose d'un pouvoir de persuasion particulièrement efficace. En effet, comme l'explique Wood (2010), la carte a tendance à se présenter comme une reproduction fidèle de la réalité et de la sorte, à dissimuler son auteur. Par l'évidence de l'image, la carte se dote d'une puissance objectivante qui a ainsi pour effet de naturaliser ce qu'elle représente. Evoquant l'adoption unanime du code de pratique de l'OMS par les États membres et soulignant le caractère exceptionnel de l'évènement, Jean-Marc Braichet et Pascal Zurn, respectivement coordinateur de l'unité Migration et fidélisation des personnels de santé, et économiste de la santé au sein du Département Ressources humaines pour la santé de l'OMS, ont d'ailleurs expliqué qu'il s'agissait là du « *résultat d'un long processus de discussions et d'échanges qui a permis d'objectiver la problématique des migrations et de la pénurie de personnel de santé* » (Nicole 2010: 15).

Nous nous sommes jusqu'à présent principalement attachés à déconstruire la représentation de l'effet domino en mettant en évidence la façon dont ce modèle se base sur une sélection de caractéristiques des migrations internationales des personnels de santé. Or, il s'agit non seulement de mettre en lumière les choix effectués dans l'élaboration de modèle, mais également d'en saisir la rationalité politique. En effet, comme le rappelle Hadlaw (2003: 26), "*A map is a device by which particular meanings can be imposed on the world: it orders priorities and naturalizes hierarchies of place. Because these factors all collaborate to act as its criteria and its discursive strategy, a map is both a practical and ideological document*". Nous souhaitons ainsi poursuivre notre travail de

dénaturalisation de l'évidence cartographique en révélant le récit politique porté par le modèle de l'effet domino.

11.2.3.2 L'effet domino comme récit politique

Abordé comme un récit politique, l'effet domino participe à l'élaboration de la question des migrations internationales des personnels de santé comme objet politique du point de vue de la définition du problème politique, de l'identification de ses causes ainsi que des interventions politiques susceptibles de résoudre le problème. Analysées conjointement, ces différentes dimensions nous renseignent finalement sur la rationalité politique et donc sur les principes éthiques qui sous-tendent ce récit.

La définition du problème politique : la pénurie mondiale en personnels de santé

En tant que description des migrations internationales des personnels de santé, le modèle de l'effet domino n'évoque généralement pas directement de conséquences préjudiciables liées à ces mouvements. Si on envisage ce modèle, non pas de façon isolée mais en relation avec le discours dans lequel il s'inscrit, le message porté s'avère tout autre. Il faut rappeler que la première représentation de l'effet domino portant sur les migrations de personnels de santé fut celle parue dans le rapport de la Joint Learning Initiative. Or la visée de ce regroupement de cents leaders de la santé mondiale (*global health leaders*) était manifeste : alerter la communauté internationale quant à une pénurie mondiale en personnels de santé et à son impact sur le taux de mortalité dans les pays les moins bien dotés en personnels de santé. Ainsi, c'est donc bien parce que l'émigration de personnels de santé était susceptible d'aggraver ce phénomène que l'attention était portée à ces flux.

Si la question des migrations internationales des personnels de santé peut thématiquement être dissociée selon ses dimensions « migration » et « santé », il apparaît que c'est bien dans le cadre de ce second domaine que l'intérêt pour ces mouvements est né. Par la suite, on va ainsi observer une démarche de mise en connexion substantive avec le domaine des migrations. Celle-ci s'exprime en premier lieu par une mise en connexion institutionnelle entre l'OCDE et l'OMS. Entre 2005 et 2008, les deux organisations poursuivront en effet une collaboration sur un projet consacré aux politiques et migrations internationales des professionnels de la santé. Celle-ci s'exprimera notamment par le détachement d'un collaborateur de l'OMS auprès de l'OCDE en vue de la réalisation des rapports publiés en 2007 et 2008. Concernant l'impact réel des migrations sur la pénurie en personnels de santé, on observe une certaine prudence dans les propos des auteurs, qui expliquent par exemple que « *les migrations internationales ne constituent pas la cause principale de la crise des ressources humaines du secteur de la santé dans les pays en développement (...)* » (OCDE, 2007) ou que « *les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé que connaissent les pays en développement sont bien plus importantes que le nombre de professionnels qui ont émigré dans les pays de l'OCDE* »

(OCDE, 2008, 68). Néanmoins, ces rapports restent marqués par le présupposé selon lequel les migrations internationales de personnels de santé nuisent à la réalisation du droit à la santé dans les pays en développement, puisqu'il s'agit là du motif même de leur réalisation.

En fait, tout au long du processus d'élaboration du code de pratique de l'OMS, la question de la mesure de l'impact de l'émigration sur les situations de pénuries en personnel de santé restera critique. Lors des négociations sur le code, le débat portera d'ailleurs notamment sur la question de savoir si dans le cadre de leurs efforts de documentation, les pays devraient chercher à mesurer ce phénomène. Or, comme le révèlent les rapports de l'OCDE, il apparaît que la complexité des dynamiques du marché du travail dans le domaine de la santé est telle qu'il paraît extrêmement difficile d'isoler le seul facteur migratoire. Loin d'être une impasse, une telle incertitude semble en fait avoir constitué une ressource argumentative, tant du côté de ceux qui voient dans les migrations un phénomène qu'il faudrait limiter que pour ceux qui s'opposent à cette vue.

Il est par ailleurs intéressant de noter que différents types de problèmes liés au recrutement international de personnels de santé sont passés en revue par le rapport de 2008: difficultés d'intégration des immigrants au sein du personnel de santé, coûts du recrutement international ou risque de devenir excessivement dépendant des personnels de santé étrangers afin de compenser les manques domestiques (OECD 2008: 36). A cet égard, on observe que la mise en connexion substantive entre la question de la pénurie en personnels de santé et leurs migrations internationales a pour effet d'étendre la gamme des préoccupations par rapport au problème d'origine.

L'identification des causes : Les politiques de formation dans les pays de destination en ligne de mire

Il s'agit ensuite de voir dans quelle mesure et de quelle manière le modèle de l'effet domino établit la causalité du phénomène. Pour ce faire, un retour aux origines ainsi qu'aux différents usages de l'expression « effet domino » s'avère particulièrement éclairant. Au sens littéral, l'effet domino relève du domaine de la mécanique des contacts et décrit la vague d'impacts et de renversements qui se propage à travers une gamme d'éléments régulièrement espacés. On note une caractéristique essentielle de l'effet domino qui est que : *“an impact that imparts sufficient kinetic energy to knock over the first block is sufficient to knock over the entire array in a wave of destabilizing collisions”* (Stronge 2004: 228). Autrement dit, une seule impulsion en début de chaîne est en mesure de faire tomber une infinité de dominos. Dans un sens moins littéral mais visant également à décrire un phénomène quantitatif et donc mesurable, il est aussi question de l'effet domino en analyse des risques technologiques et naturels. Par exemple, Théberge (2002: 16) propose que *« les effets domino découlent de la proximité relative d'éléments pouvant occasionner une réaction en chaîne à la suite d'un premier évènement accidentel »*.

Dans un sens plus métaphorique, on relève principalement deux usages de l'expression. Premièrement, une théorie des dominos a été formulée en géopolitique durant la période de Guerre froide. L'idée était alors qu'en basculant vers le communisme, un pays risquait d'entraîner ses voisins dans son sillage. L'expression a ensuite été reprise en 2003 par le mouvement néoconservateur aux États-Unis, lorsque la chute de Saddam Hussein en Irak était supposée répandre la démocratie dans la région. Lors des révolutions dans le monde arabe qui se sont produites en 2010-2011, le principe selon lequel les révolutions se propageraient par effet de « contagion » a aussi été largement repris (Bonnefoy 2011: 111). Secondement, la métaphore de l'effet domino s'est également imposée dans le domaine de l'économie, où elle est devenue l'un des principes explicatifs de la crise financière. Dans ce cadre, elle a particulièrement permis de désigner la réaction en chaîne qui est déclenchée, lorsqu'une banque se trouve en situation de défaillance et affecte d'autres banques auxquelles elle est liée par des prêts interbancaires (Paroush 1988).

Par ce passage en revue des usages et conceptions de l'effet domino, on constate en premier lieu qu'appliqué aux migrations internationales des personnels de santé, l'effet domino doit être entendu comme une métaphore. Or, comme le rappelle Herman (2006: 192), le rôle des métaphores dans le domaine des migrations ne devrait pas être sous-estimé : *“Metaphors can take a life of their own, influencing the way we speak and even think about the topic in question. The words and images we use to describe a phenomenon determine to a great extent our understanding of its causes and effects”*.

Il est possible de chercher le sens de cette métaphore par analogie aux autres usages figurés. Par exemple, on peut effectuer un parallèle entre l'interdépendance des banques mise en évidence par l'effet domino dans la perspective économique et l'interdépendance entre les systèmes de santé nationaux. Par contre, la théorie des dominos dans le domaine de la géopolitique semble plutôt décrire un processus de diffusion selon lequel des événements externes modifieraient, voire créeraient de nouvelles conditions internes (Gagnon 1994: 779), sans qu'une relation de causalité directe entre les événements ne puisse toutefois être distinguée. Il est à noter que selon la théorie des dominos, la proximité joue un rôle essentiel, une dimension absente de l'effet domino appliqué aux migrations internationales des personnels de santé comme en témoigne l'affranchissement du positionnement topographique des pays sur la représentation visuelle du phénomène. Il est finalement possible d'avoir une meilleure compréhension de la signification de cette métaphore par analogie aux propriétés physiques de l'effet domino tel que formulé dans le domaine de la physique. En effet, le modèle de l'effet domino semble dans ce cas suggérer une relation mécanique entre l'émigration d'un agent de santé d'un pays X vers un pays Y et le recrutement par ce pays X d'un autre agent de santé provenant d'un pays Z afin de compenser le départ. L'idée que qu'un recrutement international s'ensuive systématiquement de tout départ semble ici suggérer une relation de causalité forte relevant plutôt des lois physiques.

Or, appliqué dans le champ des sciences sociales, un tel déterminisme est forcément discutable. Il s'agit d'ailleurs d'une critique déjà formulée à l'encontre de l'effet domino dans son acception géopolitique. Par exemple, s'intéressant au cas du Yémen dans le cadre du « Printemps arabe », Bonnefoy (2011) explique qu'une exportation des modèles tunisiens et égyptiens ne s'est pas produite dans ce pays. L'auteur souligne l'importance des spécificités du système politique local et modère ainsi la possibilité d'un effet domino. Ayant passé en revue les différentes dimensions des migrations internationales des personnels de santé à prendre en compte afin de saisir ces mouvements dans leur globalité, il apparaît finalement que le modèle de l'effet domino permet de mettre en avant une explication causale spécifique, celle de la pénurie en personnel de santé dans les pays de destination. A cet égard, la figure de style à laquelle correspond l'effet domino serait plutôt celle d'une synecdoque généralisante : le tout (les migrations internationales des personnels de santé) est utilisé afin de représenter la partie (ou l'un des facteurs explicatifs : le manque de personnel de santé dans les pays de destination). Un autre élément permettant de faire le parallèle entre l'effet domino comme principe de physique et celui que nous discutons ici concerne l'idée que la conséquence observée en fin de chaîne prend son origine en une seule impulsion initiée en début de chaîne. Ainsi, la cause des migrations à partir des pays dits « en pénurie aiguë » serait *in fine* à rechercher dans les pays se trouvant en début de chaîne.

Comme nous allons le voir, en circonscrivant principalement l'explication des migrations internationales des personnels de santé à un effet de la demande dans les pays de destination et en localisant plus précisément l'origine de cette demande dans les pays situés en début de chaîne migratoire, le modèle de l'effet domino, en tant que récit narratif comporte implicitement des suggestions politiques susceptibles d'apporter la solution au problème identifié.

Mais en premier lieu, la possibilité même que les migrations internationales des personnels de santé soient susceptibles d'être l'objet de l'action gouvernementale peut être comprise à travers le type de récit causal mobilisé. Stone (1989) distinguait ceux-ci selon d'une part, que l'action est volontaire ou non et d'autre part, en fonction de l'intentionnalité des conséquences (prévues ou imprévues). Plus les conséquences d'un phénomène sont interprétées comme intentionnelles et les actions dont ils découlent comme volontaires, plus celui-ci sera considéré comme un problème politique requérant l'intervention du gouvernement. L'auteure considère deux types de positions qualifiées de fortes et deux types de positions considérées comme faibles. L'intérêt d'une telle typologie serait qu'elle offre un cadre de compréhension aux stratégies des acteurs engagés dans la définition de problèmes. Ceux-ci vont prioritairement chercher à soutenir une position forte et se rabattront éventuellement sur l'une des positions faibles, l'enjeu principal étant de déplacer et de faire s'imposer une interprétation d'une situation dans le champ de l'accident, relevant du monde de la nature ou dans le champ du contrôle régi par l'action humaine.

Par exemple, si les migrations internationales des personnels de santé étaient expliquées dans une perspective néo-classique par les écarts de richesse entre les pays, incitant les individus à émigrer afin de maximiser leur utilité, on pourrait y voir une cause de type « accidentel » faisant intervenir des forces se trouvant au-delà du contrôle humain. Par contre, en établissant que la cause de ces mouvements réside dans le facteur d'attraction que constitue le manque de personnels de santé dans les pays de destination, c'est plutôt une cause « par inadvertance » associant une action volontaire à des conséquences imprévues qui est invoquée. Ce type de théorie causale permet ainsi d'attribuer la responsabilité de l'émigration des personnels de santé à partir des pays les plus démunis aux gouvernements des pays de destination. Qui plus est, le modèle de l'effet domino, de par sa propre existence, va également contribuer à modifier le type de récit causal en agissant sur le registre des conséquences. En effet, en donnant une visibilité aux relations de cause à effet liant les pays entre eux, celui-ci contribue à prévoir les conséquences de ces actions. Le modèle de l'effet domino tend ainsi à soutenir une théorie causale de type intentionnel, laquelle constitue un appel plus appuyé à ce que les gouvernements prennent responsabilité et agissent en conséquence.

Les suggestions politiques : La coordination internationale et l'autosuffisance

Les suggestions politiques véhiculées par le modèle de l'effet domino peuvent être envisagées d'un double point de vue procédural et substantif. En termes de procédure, la mise en évidence de relations d'interdépendance entre les différents systèmes de santé nationaux en appelle effectivement au développement d'une coordination internationale entre les différents États. Une telle coordination apparaît en effet comme nécessaire puisque si tous les pays sont en interaction les uns avec les autres, l'action d'une unique partie ne peut contenir à elle seule l'émigration des personnels de santé à partir des pays en pénurie. Le principe d'une approche commune à l'ensemble de ces États est donc rendu nécessaire par le caractère globalisant du modèle de l'effet domino et, de ce fait, répond donc en premier lieu à un argument d'efficacité. Mais surtout, une telle coordination est rendue impérative par l'argument de justice cosmopolite se fondant sur les obligations nationales qui découleraient de l'interdépendance entre les différents systèmes de santé. Comme il le sera discuté plus en détails au chapitre 12.4, la forme particulière que va revêtir cette coordination est celle d'un code de pratique mondial, lequel se distingue par sa portée globale mais également par sa nature volontaire.

De façon plus substantive, en suggérant que la cause des migrations internationales des personnels de santé est principalement à chercher du côté de la demande dans les pays de destination, le modèle de l'effet domino va *ipso facto* diriger les recommandations politiques vers une augmentation de la part des ressources domestiques au sein du personnel de santé. Cette orientation peut en fait se décliner selon plusieurs axes : améliorer la fidélisation des personnels de santé afin que ceux-ci ne quittent pas le domaine de la santé, adapter la distribution des compétences entre les différents types de professionnels, favoriser l'intégration des travailleurs de la santé migrants dont les

compétences ne sont pas ou que partiellement reconnues, ou encore augmenter la productivité des personnels de santé (OECD 2008). Mais si ces différentes mesures semblent pouvoir contribuer à diminuer le recours au recrutement international, il en est une déterminante qui paraît incontournable afin d'augmenter significativement la part des ressources domestiques : augmenter le nombre de personnes formées au sein des pays. Le rôle particulier de cette mesure politique peut être révélé à travers différents extraits du rapport conjoint de l'OCDE et de l'OMS paru en 2008 : *“While international recruitments of health workers can play a role in addressing short-term shortages, in a longer term perspective there is a clear choice between using migration and other policies, such as increasing domestic training or improving productivity, to address structural imbalances between supply and demand”* (23); *“Increasing domestic training or recruiting doctors and nurses abroad are the two most direct means to expand the health workforce”* (24); *“Systematic recourse to immigration might discourage domestic responses such as increasing training and creating adequate incentives to join the health profession”*(36).

On relève que si ces extraits mentionnent la possibilité d'intensifier la formation de personnels de santé, ils ne précisent pas quels sont les objectifs spécifiques qui devraient être visés. C'est en fait la question de l'autosuffisance qui est ici en jeu. En d'autres termes, peut-on admettre que dans une certaine mesure, il soit fait recours au recrutement international ou s'agit-il d'occuper exclusivement les postes de travail avec du personnel formé de façon domestique? Cette dernière orientation serait en effet loin d'être anodine dès lors qu'elle impliquerait d'appliquer un régime d'exception au domaine de la santé alors que le recrutement international continuerait à avoir cours dans d'autres secteurs d'activité. L'acceptation d'une certaine part de personnels de santé recrutés à l'étranger serait à peine moins délicate puisqu'elle soulève la question de l'objectif à atteindre et de sa quantification. Tel que formulée dans le texte du rapport de l'OCDE et de l'OMS, la suggestion politique d'augmenter le nombre de personnes formées est donc relativement équivoque, différents objectifs pouvant y être rattachés. Il est utile de préciser qu'une telle ambiguïté caractérise l'effet domino dans son ensemble et de la même manière que les conséquences ou que les causes des mouvements migratoires sont toujours précautionneusement nuancées, les réponses politiques à apporter ne sont pas données de façon péremptoire. A cet égard, la version du modèle mise au point par MMI (figure 10) pourrait être considérée comme beaucoup plus efficace puisque de nombreux éléments visuels soutiennent une interprétation spécifique. Mais plutôt qu'une faiblesse du modèle, nous voyons en cette ambiguïté sa force puisque dans le cadre de relations intergouvernementales, celle-ci facilite la création d'un consensus et donc son adoption par une plus large gamme d'acteurs qui, implicitement, admettent les différentes dimensions du récit narratif proposé (l'identification des conséquences et des causes du problème politique et les suggestions politiques visant à sa résolution).

Fondements éthiques de l'effet domino

Nous allons finalement nous intéresser à la rationalité politique du modèle de l'effet domino en analysant ses fondements éthiques et en portant une attention particulière à la position morale assumée vis-à-vis des non-citoyens. Nous avons vu que le récit politique porté par le modèle de l'effet domino présentait la particularité de mettre en perspective les conséquences des migrations internationales des personnels de santé du point de vue du droit à la santé dans les pays d'origine des migrants avec les politiques de gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé dans les pays de destination. A cet égard, la suggestion d'intensifier la formation afin d'augmenter la part domestique de personnel de santé se justifie clairement par l'intérêt porté aux non-citoyens et pourrait donc être interprétée comme un appel à la « cosmopolitisation » des politiques de formation de personnel de santé. Ce résultat est particulièrement marquant dans la mesure où généralement, les questions de santé publique sont pensées dans un cadre national. Or, les intérêts de la population des pays d'origine sont susceptibles d'être mis en tension avec ceux des citoyens amenés à supporter les coûts liés à la formation d'un nombre plus important de personnels de santé³⁵.

Il s'agit alors d'identifier le registre argumentatif sur lequel se base le modèle de l'effet domino afin de justifier une telle demande adressée aux pays de destination. Pour cela, il faut mettre à jour le type de principes mobilisés et voir dans quelle mesure ceux-ci sont susceptibles de se voir légitimés des populations des pays appelés à intensifier la formation de personnel de santé afin de moins recruter à l'étranger.

Il apparaît que l'appel à une justice cosmopolite que suggère le modèle de l'effet domino se fonde principalement sur une approche relationnelle. En effet, ce ne sont pas des principes de charité ou de bienfaisance qui constituent la base de l'intérêt pour les non-citoyens mais bien la nature de la relation entre pays d'origine et de destination. En mettant en évidence l'interdépendance entre les systèmes de santé nationaux, le modèle de l'effet domino énonce ainsi des obligations politiques et invite les pays de destination à prendre leurs responsabilités en révisant leurs politiques domestiques de gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé.

11.3 Conclusion

L'analyse menée nous a permis de dégager les deux principaux modèles explicatifs et descriptifs développés en lien avec les migrations internationales des personnels de santé : le modèle

³⁵ Par exemple, selon les calculs opérés par le Conseiller aux Etats bâlois Félix Gutzwiller (2009) sur la base du rapport Spinatsch (2003), le coût de la formation en médecine humaine en Suisse serait évalué à 450 000 francs suisses par personne. Le politicien estime alors que s'il fallait former en Suisse les médecins étrangers travaillant dans le secteur stationnaire, les coûts pourraient atteindre 1.9 milliard de francs.

push-pull et l'effet domino. Bien que ces deux modèles ne s'excluent pas nécessairement l'un l'autre, c'est effectivement l'apparition du modèle de l'effet domino qui a permis de faire émerger un récit politique distinct de celui véhiculé par le modèle *push-pull*. Jusqu'au début des années 2000, c'est donc plutôt ce dernier modèle qui a constitué le mode de compréhension dominant. Se situant à l'échelle du groupe professionnel, l'analyse en termes de facteurs d'attraction et de répulsion a conduit à la mise en évidence des différentiels de conditions de travail entre pays d'origine et de destination, suggérant que les mesures politiques devraient plutôt viser une amélioration des conditions dans ce dernier groupe de pays.

Bien que le principe d'un effet domino soit mentionné dans de nombreuses publications, c'est principalement à travers les rapports de la Joint Learning Initiative (2004) et de l'OCDE en collaboration avec l'OMS (2007 et 2008) que ce modèle a gagné en popularité. Suggérant que la cause des migrations et par là, d'une pénurie mondiale en personnels de santé, est essentiellement à chercher dans le manque structurel de ressources humaines pour la santé dans les pays se trouvant en bout de chaîne migratoire, ce modèle a mis en évidence l'idée d'une responsabilité des pays de destination vis-à-vis des pays d'origine. Par rapport au modèle *push-pull*, celui de l'effet domino, a ainsi participé à un déplacement des suggestions de mesures politiques des pays d'origine vers les pays de destination. Il a également été vu que la force du modèle de l'effet domino tenait du fait qu'une représentation cartographique en avait été établie, participant ainsi à une objectivation du phénomène représenté.

En tant que nouveau modèle interprétatif se distinguant de la représentation auquel il était jusqu'alors communément fait recours, le principe de l'effet domino apparaît donc comme un facteur de changement discursif et institutionnel. Si la Joint Learning Initiative ainsi que l'OCDE et l'OMS constituent des acteurs clés pour l'élaboration de ce modèle, les acteurs participant à sa plus large diffusion et les mécanismes à l'œuvre s'avèrent multiples. Par exemple, la HWMPI, présentée comme le noyau de la communauté épistémique en lien avec les migrations internationales des personnels de santé, n'a généralement pas explicitement fondé son argumentation sur l'existence d'un effet domino. Par contre, le discours responsabilisant développé par la HWMPI à l'encontre des pays de destination (notamment incarné par le principe de responsabilité partagée) peut directement être rattaché au récit politique véhiculé par l'effet domino. Par ailleurs, les exemples passés en revue de récupération et d'adaptation de l'effet domino nous révèlent que ce modèle a également été véhiculé par d'autres acteurs pouvant être rattachés à la même communauté épistémique, même s'ils y sont plus périphériques. Dans le contexte suisse, le modèle de l'effet domino qui décrit un phénomène mondialisé (et non pas seulement internationalisé comme le faisait le modèle de l'effet *push-pull*), appuyé par sa représentation cartographique, semble avoir été particulièrement efficace afin d'impliquer dans le débat un pays qui ne recrute pourtant presque pas de personnels de santé dans des pays en développement. Afin de mieux saisir l'impact du discours sur les représentations des acteurs,

il serait alors intéressant de voir par d'autres études de cas de quelles manières le récit politique qu'incarne l'effet domino a circulé au sein de différents contextes nationaux.

12 LES RATIONALITÉS POLITIQUES DU CODE

Lors du passage en revue des discussions ayant accompagné l'élaboration du code de l'OMS, nous avons pu constater que celui-ci s'était particulièrement concentré autour de trois thématiques : les compensations, l'autosuffisance et la limitation du recrutement actif. A l'issue des débats, lors de l'adoption de ce code, il est apparu que si les deux derniers thèmes faisaient partie intégrante du code, le premier en était relativement absent. Le rôle joué par une communauté épistémique ainsi que par le développement de nouveaux modes de représentation des migrations internationales des personnels de santé a été évoqué dans les chapitres précédents. Nous allons à présent nous pencher plus en détail sur les rationalités politiques de ces différents principes.

Plus précisément, nous allons nous intéresser aux justifications morales des principes débattus au sein du code, soit les conceptions du bien et du mal, de ce qui est désirable et de ce qui ne l'est pas. Ce faisant, l'étude des rationalités politiques du code se présentera comme une analyse à trois niveaux. Premièrement, le processus d'élaboration du code de pratique apparaît comme un révélateur des multiples rationalités politiques en concurrence dans le champ des politiques internationales. De manière générale, les principes du libéralisme économique sont mis en perspective avec ceux du libéralisme politique (libertés - et droits - de l'individu). Mais au sein même de ces deux composantes de la philosophie libérale, il apparaît que différents principes, tels celui de droit à la santé et de liberté de migrer, sont susceptibles d'entrer en concurrence les uns avec les autres. En tant qu'instrument adopté à l'unanimité, le code permet alors d'identifier quelle(s) rationalité(s) politique(s) s'est(ont) finalement avérée(s) dominante(s). Deuxièmement, ces rationalités politiques, assimilées à des prédispositions idéelles structurant le discours, peuvent être considérées comme des facteurs expliquant la forme finale qu'a revêtu le code puisqu'elles rendent possible l'adoption de certains principes et à l'inverse, s'opposent à l'acceptation d'autres principes. Troisièmement, il apparaît que les débats ayant animé le processus d'élaboration du code peuvent également être considérés comme ayant, dans une certaine mesure, participé à une redéfinition de ces rationalités politiques. En transformant les prédispositions idéelles en lien avec les questions de migrations internationales des personnels de santé, certains discours contribueraient alors à un changement institutionnel.

Le code de pratique est également étudié du point de vue du type de gouvernamentalité que celui-ci véhicule, soit la manière dont le pouvoir et l'autorité se voient redistribués entre différents types d'acteurs à travers un instrument mondial et non-contraignant. Bien qu'une telle analyse témoigne d'un glissement de l'intérêt du fond vers la forme du code, ces deux dimensions s'avèrent en

fait intimement liées. En effet, selon les termes de Foucault, c'est à travers les technologies du gouvernement (le code) que les rationalités politiques se matérialisent dans des pratiques politiques concrètes. Comme nous le verrons, le type de gouvernementalité qu'incarne le code constitue en fait le reflet de la manière dont les différentes rationalités politiques passées en revue se sont articulées et hiérarchisées et dont les contradictions ont été gérées.

Les débats sur le code de l'OMS ont régulièrement vu s'affronter les principes de droit à la santé et de liberté de migrer. Plus exactement, ces deux droits ont plutôt été mis en tension par des participants affirmant leur attachement à leur préservation conjointe. La façon dont ce double attachement se traduit à travers des recommandations concrètes a toutefois été moins clairement formulé. En fait, l'attachement au droit à la santé se justifie par le contexte même dans lequel la problématique est née et la préoccupation concernant l'accès aux personnels de santé dans les pays en étant dépourvus. Par contre, l'attachement au droit de migrer, bien que régulièrement énoncé, appelle à des explications détaillées. Il s'avère que selon la manière dont ce principe est mobilisé par les différents acteurs intervenant dans l'élaboration du code de pratique de l'OMS, il est possible d'en retirer différentes interprétations. Les thèmes discutés dans ce chapitre, notamment par la mobilisation faite du principe de liberté de migrer, contribuent alors à renouveler la discussion plus générale sur le libéralisme économique et politique.

12.1 La rationalité du principe de compensation

Nous avons observé que le thème des compensations a constitué un élément central des débats en lien avec l'élaboration du code de pratique de l'OMS. Mais malgré l'omniprésence de ce sujet et les fortes demandes formulées par plusieurs pays d'origine, aucune mention du principe selon lequel les pays de destination pourraient verser des compensations aux pays d'origine ne figure dans la version finale du code. Comme il l'a été vu plus haut, les pays d'origine annoncèrent en effet leur renoncement à une telle revendication lors d'une réunion ayant lieu peu de temps avant les négociations.

Ce déroulement des événements peut certainement être compris à travers une interprétation de type réaliste, selon laquelle les pays de destination, généralement plus riches, développés et industrialisés chercheraient à éviter d'avoir à fournir des compensations et parviendraient à défendre leurs propres intérêts au détriment de ceux des pays d'origine. Le seul argument financier ne nous paraît toutefois pas complètement convaincant. En effet, comme nous l'avons vu, il aurait par exemple été envisageable que l'assistance fournie aux pays en développement par les pays de destination soit réorientée vers les pays d'origine (principe d'assistance ciblée), ce qui n'aurait pas nécessairement impliqué une augmentation du volume de l'aide fournie. Afin de saisir pleinement les motifs de l'absence de compensations au sein du code de pratique, une analyse plus approfondie nous paraît

donc indispensable. Nous entendons ainsi saisir les motifs de l'opposition aux compensations, tout comme ceux expliquant la résignation des pays d'origine, par une analyse des rationalités politiques sous-tendant ce principe. Une telle entreprise consistera essentiellement en la mise en perspective des formes morales des rationalités politiques des compensations, la manière dont l'idée d'injustice se fonde d'un point de vue normatif, avec leur caractère épistémologique, le type de connaissance à disposition et la manière dont celle-ci est mobilisée. L'articulation entre ces deux composantes des rationalités politiques des compensations, mises en lien avec les pratiques en cours des gouvernements nationaux, nous permet alors de comprendre la faiblesse d'une posture sollicitant que les pays de destination reversent des compensations aux pays d'origine.

12.1.1 Vers une analytique du principe de compensation

Afin d'être en mesure d'appréhender les fondements et implications des demandes de compensations liées aux migrations internationales des personnels de santé, il est utile, dans un premier temps, d'examiner les expériences existantes de demandes et de versements de compensations. Des mécanismes de compensation ont premièrement été envisagés dans l'objectif de remédier à des injustices historiques tels que les génocides ou l'esclavagisme. Ils ont en ce sens été assimilées à des demandes de pardon. Selon Löwenheim (2009: 532), cette tendance prend une importance croissante, l'auteur parlant à cet égard d'« ère des demandes de pardon » (*age of apologies*). L'auteur propose une définition idéale-type de la demande de pardon comportant cinq éléments: qu'il y ait reconnaissance publique qu'une injustice s'est produite, que la responsabilité de cette injustice soit publiquement admise, que des regrets ou des remords soient exprimés, que des compensations matérielles soient fournies et qu'il soit attendu que soit accordé le pardon. A cet égard, le versement de compensations constitue un acte essentiel puisqu'il peut être considéré comme incarnant l'idée même que la responsabilité de l'injustice est admise. Un parallèle peut également être effectué avec le principe de restitution, lequel est compris, selon Barkan (2001: 49), comme un accord politique dicté par une notion morale de la justice concernant les relations entre différents groupes nationaux dans le but de dédommager d'injustices historiques. Selon cet auteur, la politique extérieure des États n'est plus uniquement dictée par des impératifs sécuritaires. Elle serait au contraire justifiée et façonnée de façon croissante par des idéaux liés à la défense des droits humains. On peut ainsi retenir de ce domaine de la littérature que le principe de compensation suppose la reconnaissance qu'une injustice s'est produite, que celle-ci ne peut être qualifiée comme telle qu'au regard d'une certaine conception morale de la justice, et que la responsabilité de cette injustice soit publiquement admise.

Dans un autre registre, les initiatives prises en lien avec la lutte contre le changement climatique au niveau international fournissent également des éléments de comparaison utiles. On peut par exemple mentionner les mécanismes de compensation prévus par le protocole de Kyoto (1997),

également appelés mécanisme de développement propre (MDP). Il s'agit de dispositifs permettant à des pays industrialisés d'investir dans des « projets propres » de réduction d'émissions de gaz à effet de serre initiés par des pays en développement et d'ainsi atteindre leurs objectifs de réduction d'émissions. Ces mécanismes de compensation sont fondés sur le principe économique du « pollueur payeur », initialement développé par l'OCDE dans les années 1970, selon lequel les coûts associés à la lutte contre la pollution (coûts externes) devraient être imputés aux acteurs de la pollution. Selon Ost (1995: 284), le principe du pollueur payeur témoignerait d'un passage graduel de la faute à la réparation. En effet, ce principe ne se prononce pas quant à la responsabilité ou culpabilité du pollueur, l'important étant que celui-ci fournisse un dédommagement à la victime. Une telle évolution peut également être interprétée comme le signe d'un « *passage de la responsabilité subjective (imputation d'une faute) à la responsabilité objective (allocation d'une réparation)* » (1995). La distinction entre responsabilités objective et subjective mérite ici d'être soulignée. Alors que la première est fondée sur la démonstration d'une causalité, la seconde comprend l'idée de faute, suggère que l'action humaine est elle-même à l'origine de la cause objective et fait intervenir des questions morales (Lipietz 1994: 34). La reconnaissance qu'une injustice s'est produite peut ainsi être comprise comme la mise en évidence d'objectives relations de cause à effet alors que l'admission publique de la responsabilité de cette injustice dépendra de la manière dont l'intervention de l'homme est envisagée dans cette relation. Etablir la distinction entre ces deux types de responsabilité nous permettra ainsi de qualifier plus en détails la façon dont cette notion est intervenue dans le débat sur les migrations internationales des personnels de santé.

Les exemples développés ci-dessus nous fournissent ainsi une forme d'analytique des compensations dans le contexte du recrutement international des personnels de santé. Nous allons donc, dans un premier temps, passer en revue les types d'injustices dénoncés lors des demandes de compensations et voir dans quelle mesure celles-ci ont été considérées comme résultant de relations de causalité avérées. Pour ce faire, un examen des études empiriques existantes et constituant le contexte des connaissances disponibles pour le débat s'avérera nécessaire. Sur cette base, la manière dont les États envisagent leur responsabilité de l'injustice en question pourra alors être plus précisément discutée.

12.1.2 L'existence d'une injustice

Au vu des discussions s'étant déroulées sur le sujet des migrations internationales des personnels de santé, deux types particuliers d'injustices peuvent en fait être envisagés. L'attention s'est premièrement particulièrement concentrée sur les effets du recrutement international sur les systèmes de santé des pays d'origine et le possible effet sur l'état de santé des populations de ces pays. La seconde injustice évoquée concerne la perte liée aux investissements réalisés dans la formation de

personnels de santé, dans la mesure où celui-ci serait au moins partiellement réalisé par les pouvoirs publics. La première injustice est donc de nature sanitaire et la seconde, de nature financière.

12.1.2.1 L'injustice de type sanitaire

Premièrement, il s'agit donc de savoir dans quelle mesure le recrutement international de personnels de santé est susceptible de porter préjudice à la santé de la population des pays d'origine. En effet, si un lien intuitif semble lier les deux phénomènes, les études empiriques testant les relations de causalité en jeu tendent à procurer une image plus nuancée de la situation. Ce sujet est examiné à travers deux questions particulières : la pénurie de personnels de santé influence-t-elle l'état de santé de la population et dans quelle mesure l'émigration des personnels de santé est-elle la cause de la pénurie observée dans certains pays ?

Relation entre pénurie et état de santé de la population

La relation entre densité de personnels de santé et état de santé de la population a fait l'objet d'une grande documentation. Il est en fait largement reconnu que les personnels de santé jouent un rôle fondamental pour la prestation de soins de santé et que leurs disponibilité et interventions ont un effet direct sur la santé de la population. Les études menées, généralement de type économétrique, ont donc plutôt visé à déterminer la part du fardeau de maladies s'expliquant par la densité médicale (Anand and Bärnighausen 2004; Joint Learning Initiative 2004; Gerein, Green et al. 2006; WHO 2006; Castillo-Laborde 2011). Bien que les résultats varient selon le type de personnel de santé étudié, l'indicateur de santé retenu ou le groupe de pays compris dans l'analyse, il est ainsi largement admis que l'état de santé de la population est directement lié à la densité de personnels de santé et que le manque de personnel de santé peut constituer un important facteur restreignant l'accès aux soins. C'est d'ailleurs sur cette base que l'OMS avait, dans son rapport sur la santé dans le monde publié en 2006, identifié 57 pays comme se trouvant en situation de pénurie critique, dès lors que ceux-ci n'atteignaient pas le seuil fixé à 2,28 soignants pour 1'000 habitants.

On peut toutefois relever que ces études portent essentiellement sur les pays en développement et que s'il a été possible de définir un seuil minimal en deçà duquel la couverture sanitaire serait considérée comme insuffisante, la relation entre densité médicale et état de santé de la population semble plus incertaine dans les pays développés. Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'en ce qui concerne ces derniers, la littérature s'est plutôt développée autour de la relation entre densité médicale et coûts de la santé, reflétant les débats politiques propres à ces pays. Il semblerait alors qu'au-delà d'un certain seuil, l'augmentation de la densité médicale n'ait pas d'impact significatif sur la mortalité évitable (Danon-Hersch and Paccaud 2005: 5)

La reconnaissance de la relation entre pénurie de personnels de santé et état de santé de la population se base ainsi sur une ample documentation et constitue un fondement essentiel du code de

pratique de l'OMS. Un tel lien ne semble toutefois se révéler véritablement pertinent que dans des contextes nationaux marqués par des ressources humaines limitées dans le domaine de la santé. Par contre, l'idée d'un lien systématique entre densité médicale et indicateurs de santé, généralisé à toutes les situations nationales, doit être réfutée.

Relation entre recrutement et pénurie

Il s'agit alors de savoir dans quelle mesure l'émigration des personnels de santé est la cause des pénuries observées. L'existence d'une telle relation constitue en fait un postulat essentiel sur lequel repose l'initiative de créer un code de pratique mondial. Néanmoins, on observe qu'une telle hypothèse peine à être clairement vérifiée dans le cadre d'études empiriques et que le sujet est en fait objet de divergences entre chercheurs.

On peut ainsi mentionner un premier type d'études se basant sur l'observation d'une concomitance entre un manque de personnels de santé dans certains pays, l'existence de flux migratoires sortants, et de mauvais indicateurs de santé. Ces études se focalisent généralement sur le continent africain (Bhargava 2005; Chen and Boufford 2005) ou plus précisément sur les pays d'Afrique subsaharienne (Bhargava and Docquier 2008; Mills, Schabas et al. 2008). Dans ces études, le recrutement international est décrit comme se répercutant directement sur l'état de santé des habitants des pays d'origine. Dénonçant le fait que des populations démunies "*are left vulnerable to devastating diseases and avoidable death*" (Chen and Boufford 2005: 1851), la critique des pratiques de recrutement international se fait alors virulente, allant jusqu'à assimiler le procédé à une forme de crime international dans la mesure où il contribuerait à créer une "*measurable and foreseeable public-health crisis*" dans cette région. (Mills, Schabas et al. 2008: 687).

Il existe toutefois un second type de littérature, interprétant avec une plus grande circonspection la corrélation observée entre les phénomènes d'émigration et de pénurie et les résultats sanitaires. C'est plus précisément l'hypothèse d'une relation de cause à effet entre émigration et indicateurs sanitaires qui est mise en cause. Michael Clemens a réalisé plusieurs études sur ce thème (Clemens and Pettersson 2006; Clemens 2007; Clemens and Pettersson 2008; Clemens 2009). Selon l'auteur, ces différents facteurs pourraient tout aussi bien être simultanément influencés par des causes communes tels que les guerres et conflits ethniques, le changement politique, l'incertitude économique ou l'effondrement du cours des matières premières (Clemens 2009: 4). Pour Hidalgo (2012: 4), même les études indiquant que l'émigration puisse avoir un impact négatif sur l'état de santé de la population n'attribuent qu'un effet mineur à ce facteur et le rendent conditionnel à la présence d'autres facteurs tels que les infrastructures de transports, d'approvisionnement et de traitement des eaux ou l'accès aux fournitures médicales. Par ailleurs, il est également mentionné qu'aucune indication tangible ne semble suggérer qu'un personnel de santé forcé à rester dans son pays se mettrait à disposition des populations les moins desservies (Clemens 2009: 22)

On observe ainsi que la question de l'impact des migrations sur l'accès aux soins de santé demeure en partie irrésolue et continue de constituer un objet de controverse dans le champ académique³⁶. La présentation de l'état de la recherche permet ainsi de saisir le contexte dans lequel les débats liés au code de pratique de l'OMS se sont tenus. On peut d'ailleurs observer que le discours dénonçant un « vol » des personnels de santé ne fut que rarement appuyé par des données empiriques. Quant aux pays visés par ces accusations, ceux-ci ne se défendirent guère en mobilisant les résultats d'études sur ce thème. Si la recherche ne semble donc pas avoir directement influencé les arguments mis en avant, on peut par contre affirmer que l'état de la connaissance sur le sujet a créé un flottement rendant possible le développement de discours divergents.

Afin d'illustrer cette indétermination, on peut évoquer l'article 6.2 du code sur la collecte de données de recherche. Celui-ci encourage les États membres « à mettre sur pied ou renforcer, selon le cas, et tenir à jour, des systèmes d'information sur les personnels de santé, y compris sur les migrations des personnels de santé et leurs effets sur les systèmes de santé ». Cet article figura sur le premier projet de code et resta inchangé jusqu'à son adoption. Par sa présence, il révèle bien les lacunes observées dans la connaissance de la relation entre migrations et indicateurs de santé dans les pays d'origine. Lors des négociations sur le code, le représentant de l'Union européenne demanda toutefois à ce que soit révisé cet article, notamment en supprimant l'idée d'étudier les effets des migrations sur les systèmes de santé en argumentant que la collecte de données devrait se concentrer sur les systèmes de santé et leur (manque d') infrastructures plutôt que sur les migrations (PO). Bien qu'elle ne fût finalement pas retenue, une telle demande traduisait également une certaine appréhension à aborder un sujet considéré comme extrêmement complexe.

Si les déclarations relatives aux conséquences des migrations internationales furent relativement peu documentées, c'est finalement la contribution de l'OCDE sur le sujet qui fut le plus largement relayée. On peut ainsi rappeler l'une des principales conclusions de l'organisation dans ses rapports de 2007 et 2008 selon laquelle « les migrations internationales ne sont pas la cause principale, et leur diminution la solution à la crise mondiale des ressources humaines de la santé, même si elles exacerbent l'acuité des difficultés dans certains pays » (Dumont and Zurn 2007: 173). Par ces propos, l'OCDE ne s'est en fait pas tant prononcé quant à la nature exacte de la relation entre migrations et indicateurs de santé. Par contre, les discours les plus alarmistes se voient modérés en rappelant que l'absence de migrations s'avérerait insuffisante pour pleinement remédier au manque de personnels de santé dans les pays en développement.

³⁶ Le débat initié par l'article d'Hidalgo (2012) dans la revue *Journal of Medical Ethics* est significatif de la controverse liée aux effets du recrutement international sur les pays d'origine. En effet, la mise en ligne le 30 octobre 2012 de l'article se présentant comme une justification du recrutement international, suscita de nombreuses réactions (voire Brassington (mise en ligne le 17 novembre 2012, Brock (mise en ligne le 23 novembre 2012, Hooper (mise en ligne le 2 janvier 2013) et Bhargawa (mise en ligne le 26 janvier 2013)).

12.1.2.2 Injustice de type financier

Outre les effets des migrations sur les systèmes de santé, un second type d'injustice de nature financière fut évoqué lors du processus d'élaboration du code. Il fut ainsi argumenté que les pays voyant leurs personnels de santé émigrer subiraient dans le même temps la perte de l'investissement réalisé dans la formation de ces agents de santé dans la mesure où celle-ci serait, du moins en partie, financée par des fonds publics.

La plupart des auteurs discutant des migrations internationales des personnels de santé mentionnent cet aspect. Certains focalisent d'ailleurs leur analyse sur la quantification de la perte financière engendrée par l'émigration pour les pays d'origine (Hagopian, Ofosu et al. 2005; Kirigia, Gbary et al. 2006; Muula, Panulo et al. 2006; Mills, Kanters et al. 2011). Par exemple, Chen et Boufford (2005) estimèrent que pris ensemble, les pays du continent africain perdent chaque année 500 millions de dollars d'investissement dans la formation médicale en raison de l'émigration des personnels de santé. Par ailleurs, la baisse des revenus liés à la fiscalité est également mentionnée comme causant des incidences financières sur les budgets publics des pays d'origine. Evaluer la perte financière engendrée par la migration est cependant une opération relativement complexe. Du point de vue des pays d'origine, cela suppose une connaissance statistique des personnels de santé formés ainsi que des coûts de formation assumés par les pouvoirs publics. Du point de vue des pays de destination, l'économie réalisée peut être évaluée en fonction des coûts de formation économisés. Pour un groupe de pays comme pour l'autre, la durée de l'exercice professionnel des agents de santé dans chaque pays tend à complexifier le bilan des coûts et avantages. Un grand nombre de chercheurs s'étant intéressés aux impacts financiers des migrations internationales des personnels de santé pour les pays d'origine a ainsi conclu à l'existence d'une forme de subside pervers (*perverse subsidie*) (Padarath, Chamberlain et al. 2003: 761; Mackintosh, Mensah et al. 2006; SI 2006), dans la mesure où celui-ci contribuerait à renforcer les inégalités mondiales.

Le principe d'une perte financière pour les pays d'origine semble donc être communément admis, même si celle-ci peine à être chiffrée avec précision. On peut toutefois trouver dans la littérature des arguments qui, sans foncièrement mettre en cause une telle proposition, en modèrent la portée. Il est notamment avancé que les transferts de fonds initiés par les personnels de santé émigrés seraient bénéfiques aux pays d'origine. Il reste toutefois difficile de saisir dans quelle mesure les systèmes de santé de ces pays bénéficieraient d'un tel apport (Bach 2003: 15). Dans le cas de migrations temporaires, l'apport de nouvelles compétences lors du retour apparaît également comme un élément favorable aux pays d'origine. Ces arguments sont ceux communément avancés dans le cadre du débat sur la relation entre migration et développement.

12.1.3 Enjeux moraux des injustices

Nous observons donc que deux types d'injustices ont essentiellement occupé le débat sur les migrations internationales des personnels de santé, l'une de nature sanitaire et l'autre de nature financière. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la reconnaissance d'une injustice nécessite d'une part la mise en évidence de relations de cause à effet et s'appuie d'autre part sur une conception morale spécifique de la justice. Ci-dessous, nous mettons en relation la démonstration empirique de possibles injustices, telles qu'évoquées ci-dessus, avec les enjeux moraux présents.

12.1.3.1 Enjeux moraux de l'injustice sanitaire

En ce qui concerne la reconnaissance d'une injustice en lien avec les conséquences de l'émigration pour les systèmes de santé des pays d'origine, l'analyse est particulière. Nous avons en effet observé que si de nombreux chercheurs et acteurs du débat sur les migrations internationales des personnels de santé considéraient comme acquise l'idée d'une relation de cause à effet entre émigration des personnels de santé et résultats de santé, un tel lien peine en fait à être clairement démontré et exposé dans toute sa complexité. Les difficultés à mettre en évidence l'existence objective d'une injustice tendraient par conséquent à en affaiblir la reconnaissance sur la scène internationale.

Par contre, la conception morale de la justice sur laquelle se fonderait la reconnaissance d'une injustice est certainement particulièrement persuasive. Lors des discussions liées au code de pratique, la pratique du recrutement international fut en effet régulièrement dénoncée comme portant atteinte au droit à la santé. Or, comme le rappelle Greco (2004: 1), la santé semble aujourd'hui être comprise comme une méta valeur, et parler au nom de la santé constituerait certainement l'un des procédés rhétoriques les plus puissants. Un tel principe cosmopolite, sans nécessairement dicter les relations internationales entretenues par les États, contribue donc assurément à légitimer la dénonciation d'une injustice.

12.1.3.2 Enjeux moraux de l'injustice financière

Concernant la perte financière pour les pays d'origine engendrée par la migration, si la mesure du phénomène peine à être donnée avec précision, celui-ci reste reconnu et admis. On pourrait alors affirmer que sur la base de la connaissance disponible, un préjudice est porté aux pays d'origine, constituant ainsi une forme d'injustice.

Force est toutefois de constater que la tendance suivie par la majorité des États industrialisés ou en développement rapide consiste plutôt à se livrer à une quête des talents à travers le monde. Que ce soit pour enrichir le stock de capital humain sur le long terme, pour répondre aux besoins du marché du travail ou pour encourager l'établissement d'investisseurs ou l'excellence académique (Abella 2006: 18), ces États ont plutôt mis en place des législations sur la délivrance des permis de

séjour plus ouvertes ainsi que des politiques d'attraction des travailleurs hautement qualifiés (Kuptsch and Pang 2006). De telles mesures s'inscrivent alors clairement dans une perspective néolibérale, selon laquelle les compétences circulent librement au sein d'un marché du travail mondial mettant les États en situation de concurrence généralisée. Selon une vision optimiste, une augmentation des flux de talents forgerait des liens plus étroits entre pays en développement et pays développés, ce qui encouragerait le commerce et les investissements et conduirait à une convergence des performances économiques et une diminution des migrations dans le temps (Kuptsch and Pang 2006: 1). Bien qu'une telle argumentation n'ait pas été explicitement développée au cours des débats liés au code de pratique de l'OMS, la pratique en cours semble donc bien s'opposer à ce que soit reconnue une injustice liée à la perte de l'investissement réalisé dans la formation des agents de santé. En d'autres termes, en raison de la rationalité morale caractérisant le monde libéral dans lequel se produit l'injustice financière évoquée, celle-ci n'est susceptible de se voir conférer qu'une légitimité moindre.

Deux types d'injustice ont donc été évoqués en lien avec les migrations internationales des personnels de santé. Nous avons observé que d'un côté, l'injustice de nature financière, bien que reposant sur des données concrètes, voyait sa légitimité amoindrie par le contexte de libéralisme économique, alors que d'un autre côté, l'injustice de nature sanitaire, dont l'existence semble plus incertaine bénéficierait néanmoins d'une légitimité procurée par le recours au principe de droit à la santé. Ces résultats, somme toute relativement ambigus, semblent finalement laisser une certaine marge de manœuvre quant à la manière d'envisager l'existence de possibles injustices. Mais au-delà de la reconnaissance d'une injustice, nous avons vu que pour que des demandes de compensations paraissent légitimes, il fallait que des États en reconnaissent publiquement la responsabilité. Ce thème est l'objet de la discussion que nous poursuivons ci-après.

12.1.4 La reconnaissance de la responsabilité d'une injustice

Nous pouvons donc à présent discuter la manière dont les États sont susceptibles de publiquement reconnaître la responsabilité d'une injustice. Nous avons vu que la notion de responsabilité était directement liée à la manière dont l'intervention de l'homme était envisagée, l'action humaine étant ici abordée du point de vue de l'État. Ainsi, pour qu'un gouvernement soit susceptible d'endosser la responsabilité d'une injustice, il serait nécessaire qu'il soit au préalable démontré que c'est son intervention qui est à l'origine de cette dernière. Deux champs politiques sont alors envisagés : les politiques en matière de formation des personnels de santé et les politiques de recrutement international. Or, d'après les expériences nationales recensées, ces domaines de l'action publique sont typiquement apparus comme marqués par une absence de politique délibérée vis-à-vis de l'objet spécifique que sont les personnels de santé migrants. On peut ici revenir sur le concept de récit causal développé par Stone (1989) lequel pouvait être distingué selon que l'action est volontaire ou non ainsi qu'en fonction de l'intentionnalité des conséquences (prévues ou imprévues). Stone

expliquait alors que plus l'action est volontaire et ses conséquences intentionnelles, plus le problème politique sera considéré comme requérant l'intervention du gouvernement. La question de l'intentionnalité des politiques vis-à-vis des personnels de santé migrants doit donc être discutée pour chacun des domaines d'intervention publique identifiés.

12.1.4.1 Politiques en matière de formation

La question est en fait ici de savoir dans quelle mesure les pays de destination appuient volontairement leurs effectifs de santé sur des ressources étrangères. Deux points de vue principaux sont présentés à ce sujet. D'un côté, il a été considéré que l'incertitude concernant les besoins futurs de la population en matière de santé, le progrès technique ainsi que les aspects méthodologiques rendaient difficile les exercices de prévision. De nombreuses prédictions de pénuries ou de pléthore en personnels de santé auraient d'ailleurs été formulées sans pour autant s'être ensuite matérialisées (OCDE 2008: 37). Dans cette perspective, le recours à du personnel de santé étranger ne constituerait pas une démarche volontaire de la part des pouvoirs publics mais illustrerait plutôt la difficulté à concevoir une planification efficace des ressources humaines dans le domaine de la santé.

D'un autre côté, un « phénomène du passager clandestin » (*free rider problem*) a également été évoqué dans la mesure où, du fait de la possibilité de recourir à l'immigration pour combler d'éventuels déficits, les États ne se verraient pas incités à investir dans la formation de leurs propres ressources. Selon cette perspective, la pratique du recrutement international pourrait alors être interprétée comme résultant d'une intentionnelle absence de décision concernant une augmentation des effectifs à former. Une telle explication appellerait alors plus clairement à ce que soit reconnue la responsabilité des États de destination.

Il est difficile de savoir dans quelle mesure l'une ou l'autre de ces interprétations correspond à la réalité politique des pays concernés. On observe que si les pays de destination furent à de nombreuses reprises accusés de volontairement s'appuyer sur les ressources formées à l'étranger, ces derniers se gardèrent de répondre aux incriminations formulées à leur encontre. Au contraire, ce sont plutôt les efforts en vue d'une meilleure planification qui furent mis en avant, ces pays se positionnant ainsi plutôt sur le registre de l'absence d'intentionnalité (PO). On ajoutera toutefois que si la dépendance envers le personnel de santé étranger a pu être initialement présentée comme involontaire, sa mise en évidence dans le cadre des discussions liées au code de pratique a néanmoins pu contribuer à objectiver une telle dépendance et à la déplacer dans le registre de l'intentionnalité, appelant ainsi à ce que des mesures politiques soient entreprises afin de remédier à la situation.

12.1.4.2 Politiques de recrutement

Les politiques migratoires

Le second domaine de l'action publique évoqué concerne les pratiques de recrutement. La question soulevée concerne ici le caractère intentionnel de ces pratiques du point de vue des gouvernements des États de destination. En d'autres termes, les États mènent-ils délibérément des politiques de recrutement international des personnels de santé ?

En ce qui concerne les politiques migratoires, l'OCDE, dans ses publications parues en 2007 et 2008, fournit des éléments de réponse à cette question. Il fut ainsi relevé que « *rare sont les pays de l'OCDE qui ont des politiques migratoires spécifiques aux personnels de santé* » (Dumont and Zurn 2006). En fait, les États auraient développé des politiques généralement favorables à l'accueil de migrants hautement qualifiés. Ces facilitations d'entrée concerneraient également les personnels de santé sans pour autant directement les cibler. L'intention qui sous-tend de telles politiques est ainsi susceptible d'être perçue de différentes manières. Dans la mesure où le séjour de personnels de santé étrangers est effectivement simplifié, les politiques concernées pourraient être assimilées à une forme de recrutement international volontaire. Mais puisque ces politiques concernent une gamme de migrants bien plus vaste que les seuls personnels de santé, le caractère délibéré peut également être contesté. A nouveau, lors des débats, les pays de destination furent ainsi blâmés pour leurs pratiques de recrutement international, mais n'endossèrent pas pour autant la critique.

En réplique à ces reproches, de nombreux pays expliquèrent d'ailleurs que les pratiques de recrutement se déroulaient en fait en dehors du cadre de l'action publique, soit que les établissements de santé soient privés et donc indépendants en matière d'engagement de personnel, soit que ces établissements soient publics (ou du moins, en partie) mais que ceux-ci disposent de prérogatives pour ce domaine. Il apparaît donc nécessaire de distinguer les politiques migratoires rendant possible ou non le recrutement international des pratiques de recrutement *per se*.

Les pratiques de recrutement

En appelant à prendre en considération les effets du recrutement international sur les pays d'origine, il est donc nécessaire en premier lieu d'identifier les acteurs de ce recrutement. Entendu au sens large et de façon à s'appliquer à tout type de contexte national, le terme « recruteur » peut en fait correspondre à un employeur (public ou privé), à une agence de recrutement ou à un gouvernement. Or, lors de leurs interventions au cours du processus d'élaboration du code de pratique, plusieurs États mentionnèrent qu'en leur sein, les pratiques de recrutement relevaient en fait de la compétence d'acteurs privés. Ce fut par exemple l'une des préoccupations exprimées par le représentant de l'Union européenne lors du Conseil exécutif de janvier 2010 : « *EU Member States would like to highlight the difficulties arising out of some specific arrangements of the code, in particular the fact that in some*

countries recruitment for the health sector does not directly involve governments since this rests under the private sector”. En affirmant une telle distribution des compétences, cette déclaration souligne en fait la distinction effectuée entre les pratiques du gouvernement et celles des agents privés et de cette manière, tend à dégager les gouvernements d’une hypothétique responsabilité vis-à-vis des pratiques de recrutement.

Dès lors, la façon dont les États sont appelés à se positionner vis-à-vis des acteurs privés constitua une importante composante du débat. Si une discussion approfondie de ce thème est menée au chapitre 12.4.1.3, nous pouvons d’ores et déjà évoquer quelques éléments pertinents pour l’analyse. Au cours du processus d’élaboration, plusieurs lignes argumentatives furent en fait évoquées. Comme mentionné ci-dessus, il fut premièrement considéré que le code de pratique devrait s’appliquer dans le cadre des lois existantes. Cette première position peut être qualifiée de libérale dans la mesure où, en refusant de poser un cadre contraignant les pratiques de recrutement là où les acteurs privés disposeraient d’une certaine marge de manœuvre, c’est une attitude de laisser-faire vis-à-vis de ces acteurs qui est suggérée. A cette position s’est opposée une perspective plus régulationniste. Par exemple, lors des négociations, les gouvernements des pays de destination furent appelés par certains pays à régir le recrutement international privé au moyen de lois, arguant que les gouvernements étaient responsables de la mise en œuvre du code.

Mais encore une fois, le consensus s’est construit autour d’une position intermédiaire, susceptible d’être l’objet d’une pluralité d’interprétations. Ainsi, le code de pratique, dans sa version finale, souligne particulièrement la nécessité pour les gouvernements d’œuvrer à la mise en œuvre de l’instrument en collaboration avec les acteurs concernés : « *De portée mondiale, le code est destiné à servir de guide aux États membres dans leur collaboration avec des acteurs tels que les personnels de santé, les recruteurs, les employeurs, les organisations de professionnels de la santé, etc.* » (article 2.2). Cet effort de collaboration est d’ailleurs également adressé aux acteurs non gouvernementaux : « *Les personnels de santé, les organisations de professionnels de la santé, les conseils professionnels et les recruteurs devraient s’efforcer de coopérer pleinement avec les responsables de la réglementation et les autorités nationales et locales dans l’intérêt des patients, des systèmes de santé et de la société en général* » (article 4.2). Ainsi, et même si les États membres restent « *encouragés à intégrer le code dans les lois et politiques applicables* » (article 8.2), la forme de gouvernementalité que le code suggère vis-à-vis des acteurs privés ne s’avère pas aussi interventionniste. En fait, à travers plusieurs dispositions, le code en appelle directement à la responsabilité des acteurs privés. Par exemple, selon les articles 4.2 et 4.3, « *Les recruteurs et les employeurs devraient, dans la mesure du possible, être informés et tenir compte des responsabilités juridiques des personnels de santé vis-à-vis des systèmes de santé de leur pays (...)* » et « *Les États membres et les autres acteurs devraient être conscients que des pratiques de recrutement conformes à l’éthique offrent aux personnels de santé la possibilité d’apprécier les avantages et les risques que présentent les postes à pourvoir et de prendre*

des décisions éclairées en temps voulu ». A cet égard, le rôle des gouvernements serait surtout de faire en sorte que ces acteurs aient connaissance des principes du code. On peut ainsi saisir une forme de gouvernementalité néolibérale globale, par laquelle un instrument de portée mondiale, s'adresse non seulement à des gouvernements étatiques mais également directement à des acteurs privés qui se voient responsabilisés de manière à défendre les objectifs du code de leur propre initiative.

12.1.5 Conclusions quant aux rationalités politiques du principe de compensation

En conclusion de cette discussion, on rappellera en premier lieu que les pays et autres acteurs sollicitant des compensations de la part des pays de destination n'ont que rarement explicité le type d'injustice (sanitaire ou financier) au nom duquel les revendications étaient formulées. En soi, une telle ambiguïté est déjà de nature à affaiblir la demande exprimée. Le passage en revue de l'état de la connaissance susceptible d'appuyer la dénonciation des injustices sanitaire et financière n'a alors pas tant visé à saisir le bien-fondé objectif des demandes de compensation qu'à identifier le contexte épistémologique dans lequel ces requêtes furent formulées.

Si le droit à la santé est apparu comme un principe moral fort, la démonstration de l'atteinte portée à ce droit n'a pas semblé répondre aux critères épistémologiques permettant de faire reconnaître unanimement l'existence d'une injustice. Quant à la perte financière liée à l'émigration des personnels de santé, si elle a pu être plus aisément établie, c'est son caractère immoral qui semble plus contesté. Ce phénomène apparaît en effet comme inhérent au libéralisme économique régnant sur le marché du travail mondial dans le domaine de la santé. Dès lors que ce système économique n'est pas fondamentalement remis en cause, ce que laissent envisager les explications avancées concernant les politiques nationales libérales dans les domaines des migrations ainsi que du recrutement, des demandes de compensations ne peuvent donc pas être considérées comme légitimes.

Dans cette perspective, on considérera plutôt que c'est la rationalité politique préexistante du libéralisme économique, à l'encontre de laquelle se positionnent les rationalités politiques des compensations, qui constitue un facteur structurant, expliquant le rejet des demandes de compensations.

12.2 La rationalité du principe d'autosuffisance

Afin de remédier au problème de la pénurie mondiale en personnels de santé, la poursuite de l'objectif d'autosuffisance en matière de personnels de santé a été considérée comme une mesure fondamentale. Afin de saisir les motifs fondant une telle orientation politique, d'en caractériser la rationalité politique sur la base des principes éthiques sous-jacents, nous allons ici effectuer un parallèle entre le principe d'autosuffisance tel qu'il a été développé pour les questions de personnels

de santé et le principe d'autosuffisance appliqué aux domaines de l'alimentation. Cette analogie s'avère intéressante car elle met en perspective des problématiques ayant pour point commun d'amener les gouvernements nationaux à envisager la gestion d'une ressource domestique du point de vue de leur dépendance vis-à-vis de l'extérieur.

L'inquiétude concernant les famines et la malnutrition est une préoccupation quasi-ancestrale mais c'est à partir des années 1970 que le principe d'autosuffisance alimentaire s'est véritablement imposé. Depuis lors, ce concept a été amplement discuté et une vaste littérature s'est développée autour de ce thème. De multiples déclinaisons du principe d'autosuffisance alimentaire sont en fait apparues à différentes époques. Il fut par exemple question d'autarcie, d'autonomie, de sécurité ou de souveraineté alimentaire. Nous n'entendons pas rendre ici compte de façon exhaustive de chacun de ces concepts mais allons plutôt nous concentrer sur les principes d'autosuffisance ainsi que de sécurité alimentaire dans la mesure où ceux-ci fournissent un éclairage particulièrement instructif sur l'évolution dont a fait l'objet le principe d'autosuffisance dans le domaine des personnels de santé.

12.2.1 L'autosuffisance dans le domaine alimentaire

Le point de départ d'une chronologie du principe d'autosuffisance alimentaire peut être fixé à la seconde guerre mondiale. En ces difficiles temps de crise, la capacité pour un pays à produire ses propres denrées alimentaires était perçue comme cruciale. Par exemple, en Suisse, le plan Wahlen fut instauré en 1940 dans l'objectif d'assurer l'autosuffisance alimentaire. Si dans les faits, celle-ci ne dépassa pas les 60%, le dispositif reste néanmoins un épisode marquant de l'histoire helvétique ayant forgé le mythe selon lequel la Suisse aurait pu être en état de quasi autarcie (Rentsch and Pestalozzi 2006: 10). On peut ainsi saisir ici d'une part, une volonté de prévenir des risques de famine mais d'autre part, également un dispositif participant à l'idée de neutralité helvétique et d'indépendance.

Après la seconde guerre mondiale, de grandes famines sévissent en Asie, faisant renaître la crainte d'une crise malthusienne où la production alimentaire ne parviendrait pas à suivre la croissance démographique. La réponse fut apportée sous la forme de la Révolution verte, une politique volontariste appuyée par les progrès scientifiques et technologiques d'augmentation des rendements des cultures. S'inscrivant dans un paradigme scientifique et technologique, la Révolution verte fut ainsi caractérisée par son idéologie moderniste. Elle fut également marquée par un fort interventionnisme de l'État sur l'économie agricole avec la mise en place d'une politique des prix assurant des incitations aux producteurs ainsi que des mesures protectionnistes visant une baisse des importations de céréales. En prenant le cas de l'Inde, on peut toutefois relever que si l'objectif d'autosuffisance alimentaire était un élément central de ce programme politique, et bien que la Révolution verte ait été menée dans le contexte d'indépendance, les échanges avec l'extérieure en constituaient également une dimension importante. Par exemple, le programme reposa notamment sur

une importante importation de semences de variétés à haut rendements en provenance du Mexique mais également d'engrais chimique provenant des États-Unis, ceci grâce aux fonds avancés par la fondation Rockefeller (Landy 2006: 72-73). A posteriori, si le modèle n'est pas exempt de critiques (par exemple, plusieurs types de risques environnementaux ont été recensés en lien avec les pratiques agricoles de la Révolution verte), il a assurément produit des résultats avérés puisqu'en quinze ans, l'Inde atteignait l'autosuffisance céréalière. On peut ainsi relever que l'objectif premier de cette Révolution était résolument de type sécuritaire et humanitaire (prévenir les famines) mais que celle-ci ne suggérait pas nécessairement un isolement politique et économique.

A cette époque, le principe d'autosuffisance alimentaire répond alors à une définition relativement simple. Celle-ci correspond en fait à la possibilité pour un pays de subvenir aux besoins alimentaires de son peuple par sa seule production (Azoulay et Dillon 1993). On peut déjà relever, d'une part, le cadre national dans lequel s'inscrit ce concept et d'autre part, l'accent mis sur l'insuffisance de l'offre, induisant une focalisation des réponses sur les conditions de production vivrières locales.

Sur le continent africain, des objectifs d'autosuffisance alimentaire furent également poursuivis par les pays nouvellement indépendants animés par une volonté plus générale construire des États-nations économiquement forts et politiquement indépendants (Hrabanski 2011: 154). L'autosuffisance alimentaire s'inscrit alors dans une perspective de développement autocentré, une conception du développement socio-économique selon laquelle les biens produits localement se substitueraient aux biens d'importation, de façon à réduire la dépendance envers l'extérieur. Un tel paradigme s'oppose évidemment à une vision libérale de l'économie puisque l'État ne participe pas à la spécialisation internationale. Ce cas de figure révèle ainsi une conception de l'autosuffisance alimentaire allant de pair avec une autonomisation politique forte ainsi qu'un système économique conçu dans un cadre national. Une telle connotation politique de l'autosuffisance alimentaire est d'ailleurs certainement pleinement illustrée par l'exemple de l'humiliation de l'URSS qui, en 1979, dut reconnaître l'échec de ses efforts en vue d'assurer une autonomie agro-alimentaire et importer des céréales en provenance des États-Unis (Labouesse and Casas 1981: 121).

12.2.1.1 Mise en perspective

Les quelques exemples historiques développés nous permettent de distinguer trois types de connotation au concept d'autosuffisance alimentaire. Premièrement, le concept revêtirait une signification que l'on pourrait qualifier de sécuritaire, voire humanitaire, dès lors que l'autosuffisance vise à éviter des situations de famine et à répondre aux problèmes de malnutrition³⁷. Deuxièmement,

³⁷ La relation entre les dimensions sécuritaires et humanitaires peut ici être illustrée par la citation de Kissinger : « *You control oil, you control countries; you control food, you control people* » (in Seti, 2009 : 9). La suffisance de l'approvisionnement alimentaire apparaît ici comme une condition au maintien de l'ordre public.

lorsque les objectifs d'autosuffisance alimentaire s'inscrivent dans une volonté plus générale d'indépendance et d'émancipation, une dimension politique et stratégique peut être relevée. Finalement, il apparaît encore que l'autosuffisance alimentaire peut suggérer un modèle économique à tendance autocentrée, rejetant les principes libéraux du commerce international.

Ces trois axes constituent ainsi un cadre d'analyse permettant d'appréhender, par analogie, la question de l'autosuffisance en personnels de santé. En premier lieu, il apparaît que pour l'autosuffisance alimentaire comme pour l'autosuffisance en personnels de santé, les considérations d'ordre sécuritaire ou humanitaire sont demeurées une constante forte des discussions. Ceci s'explique aisément par une volonté forte de prévenir des conséquences directes de tels manques. La question de l'autosuffisance en personnels de santé a ainsi en premier lieu correspondu à visées de type sanitaire.

Par contre, le contexte des discussions sur les migrations en personnels de santé se situant dans un cadre multilatéral, l'objectif d'autosuffisance ne semble ici pas s'inscrire dans une démarche de revendication d'une autonomie politique. Au contraire, dès lors qu'elle est envisagée sur la scène internationale, cette mesure semble plutôt indiquer une volonté de coopération entre les États.

Le degré d'ouverture de l'économie dont témoigne le principe d'autosuffisance en personnels de santé semble par contre appeler à des propos plus nuancés. On rappellera qu'aux premières heures des discussions sur le code, les mesures préconisées étaient focalisées sur la limitation des flux migratoires, notamment en améliorant la fidélisation des personnels de santé dans les pays d'origine. Nous avons qualifié cette perspective de sédentariste dès lors que celle-ci suggérait que l'exercice de leur activité professionnelle par un groupe de citoyens doive se réaliser dans le cadre restreint d'un territoire donné. Par analogie, cette vision pourrait être rapportée à celle d'un développement autocentré, lequel se focalise sur le marché intérieur.

Par la suite, l'idée d'une augmentation de la formation des personnels de santé dans les pays d'origine fut plus clairement mise en avant. L'objectif alors proclamé par l'OMS répondait d'ailleurs à une définition remarquablement similaire à celle donnée de l'autosuffisance alimentaire : « *le but devrait être l'autosuffisance, c'est-à-dire la production d'effectifs de santé en nombre suffisant au niveau national pour satisfaire les besoins du pays* » (WHA59, Final report, 2006). De la même manière, on relève, premièrement, le cadre national dans lequel est pensé ce principe et deuxièmement, l'accent mis sur l'insuffisance de l'offre, lequel amène à concentrer les réponses formulées sur les conditions de formation locales. On peut ajouter que lorsque le débat commença à glisser vers la question de l'insuffisance du nombre de personnels de santé formés dans les pays de destination, le cadre de compréhension principal était également celui de la nation. Dans les premiers temps, le principe d'autosuffisance semble donc plutôt témoigner d'une forme de repli de l'économie sur le cadre national, par opposition à une vision libérale des échanges internationaux.

Il est alors intéressant de voir de quelle manière le principe d'autosuffisance alimentaire suivra un tournant épistémique en étant reformulé sous la forme de « sécurité alimentaire », et quels aspects de ce glissement peuvent également être repérés dans l'évolution du débat sur l'autosuffisance en personnels de santé.

12.2.2 La sécurité alimentaire

Dans les années 1980, le concept d'autosuffisance alimentaire a été largement repensé, en particulier sous l'influence des travaux d'Amartya Sen. L'économiste observait en effet que les carences nutritionnelles n'étaient pas tant dues à une offre insuffisante de nourriture qu'à des difficultés d'accès aux denrées alimentaires (Schweigman 2003: 11). Pour reprendre l'exemple de l'Inde, il fut d'ailleurs observé que malgré une disponibilité en produits alimentaires suffisante à l'échelle nationale, les problèmes de malnutrition persistaient dans ce pays³⁸. En 1986, la Banque mondiale formule alors une définition de la sécurité alimentaire faisant référence à la disponibilité ainsi qu'à l'accès à la nourriture en quantité et qualité suffisante. Le concept va donc au-delà de la seule mise à disposition de produits alimentaires pour également aborder la question de leur accessibilité, que celle-ci soit matérielle, économique ou culturelle. Une telle conceptualisation, par son caractère plus compréhensif, tend ainsi à plutôt constituer une manière d'aborder la problématique plus générale du développement. Or, le fait que cette définition ait été apportée par la Banque mondiale n'est pas anodin. Les années 1980 et 1990 sont justement marquées par la mise en place des Programmes d'Ajustement Structurels, auxquels est alors conditionné l'octroi de prêts par le Fond Monétaire International (FMI) et la Banque mondiale. S'opère alors la mise en place de politiques de libéralisation des marchés agricoles où le rôle de l'État se voit drastiquement diminué. Dans ce contexte, une certaine connotation libérale a pu être associée à l'idée de sécurité alimentaire puisque celle-ci apparaît plutôt comme une conséquence indirecte d'un développement initié par le libéralisme économique. Du point de vue de Fouilleux (2011: 76), « *la Banque mondiale, sur les trente dernières années, ne s'intéressait pas beaucoup à la sécurité alimentaire mais lorsqu'elle la considérait, faisait le pari qu'elle découlait de la croissance économique et de la sortie de la pauvreté* ».

Par ailleurs, la sécurité alimentaire s'apprécierait davantage en termes d'autonomie alimentaire (*food self reliance*), c'est-à-dire que l'approvisionnement en vivres pourrait se réaliser par le biais de l'autoproduction, mais aussi par l'achat ou l'apport d'aide alimentaire (Janin 2010: 3). En d'autres termes, le concept de sécurité alimentaire prend en compte les possibilités qu'offre le commerce international (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture 2010: 15), et de ce

³⁸ En effet, alors que le pays atteignait l'autosuffisance alimentaire au début de ce siècle, 214 millions de personnes soit 21% de la population étaient encore sous-alimentées dans ce pays.

fait, laisse une marge de manœuvre quant au degré d'autosuffisance qui devrait être atteint par les pays.

12.2.2.1 Mise en perspective

Ici, un parallèle peut également être effectué avec la question des ressources en personnels de santé. De la même manière que le concept de sécurité alimentaire a intégré des questions d'accès à l'alimentation en tenant compte des aspects quantitatifs et qualitatifs, l'idée d'autosuffisance en personnels de santé s'est également vue problématiser de façon plus approfondie en allant au-delà de la seule dimension quantitative. Par exemple, les questions de répartition de ces personnels au sein des territoires nationaux et en particulier entre régions rurales et urbaines furent intégrées au code³⁹, tout comme la problématique des compétences qui devraient être développées afin d'assurer une bonne combinaison entre les différents types de professions de la santé (*skill-mix*).

On relève que dans les développements ultérieurs à l'adoption du code, cette perspective compréhensive s'est encore renforcée. Dans le rapport du Secrétariat de l'OMS daté de décembre 2012 visant à rendre compte de la mise en œuvre du code par les États membres depuis son adoption (EB132/23), la problématique du développement des personnels de santé s'est ainsi clairement vue inscrite dans un objectif plus large de couverture sanitaire universelle, laquelle « *consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers* » (OMS, Couverture universelle, 2013). La question de l'accès matériel aux services de santé a ainsi également pris une place grandissante, mais plutôt de façon subséquente à l'adoption du code.

Un second point de ressemblance entre le concept de sécurité alimentaire et celui d'autosuffisance en personnels de santé concerne le caractère relatif de ces expressions. À l'inverse de l'idée d'autosuffisance absolue, laquelle exclut tout apport de l'extérieur, l'autosuffisance relative laisse effectivement une certaine marge de manœuvre aux décideurs politiques. Le concept de pérennité des effectifs en personnels de santé (*health workforce sustainability*) qui succéda dans les débats à celui d'autosuffisance suggérait justement qu'une part de personnels de santé étrangers (sans la quantifier) pouvait être considérée comme acceptable. La vision mise en avant est donc bien celle de systèmes de santé libéralisés dans la mesure où les échanges avec l'extérieur sont admis. On constate toutefois que si avec l'idée de sécurité alimentaire, une libéralisation des échanges semble souhaitable en tant que moteur de développement, l'ouverture des systèmes de santé permise par l'idée de

³⁹ L'unité « Migrations et fidélisation » de l'OMS en charge de l'élaboration du code de pratique avait également élaboré des recommandations visant à améliorer la répartition interne des personnels de santé et à améliorer l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales.

soutenabilité semble plutôt découler d'impératifs de libéralisation économique, sans que celle-ci ne contribue nécessairement à résoudre la crise dénoncée.

12.2.3 Libéralisation de l'agriculture

Il est finalement possible de conclure cet état des lieux des discussions quant au concept d'autosuffisance alimentaire en évoquant les développements liés à la manière dont l'agriculture a été prise en compte au sein l'AGCS. Comme l'explique l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), « *l'agriculture est en fait longtemps apparue comme un secteur à part de l'économie qui, pour diverses raisons, dont notamment la sécurité alimentaire des pays, ne pouvait être traitée comme les autres* » (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture 2001). Par ce traitement d'exception, les produits agricoles furent ainsi longtemps exempts des règles d'échange libérales prévues par l'accord.

A l'issue des négociations commerciales multilatérales du Cycle d'Uruguay en 1993, le commerce des produits agricoles s'est toutefois fortement rapproché de la discipline générale de l'AGCS. Depuis 2000 et malgré l'échec officiel en 2006 du cycle de Doha, qui visait principalement une libéralisation du commerce des produits agricoles, le débat international sur les politiques agricoles peut ainsi être considéré comme fortement dominé par le courant néolibéral, où le commerce de produits agricoles apparaît comme un moteur de croissance puissant pour les pays en développement (Fouilleux 2009: 763-764).

12.2.3.1 Mise en perspective

Il est alors intéressant de constater qu'à l'instar de l'agriculture, le domaine de la santé semble pendant un certain temps avoir été relativement écarté des élans de libéralisation. A l'heure actuelle, les engagements pris par les États membres de l'OMC en vue d'une libéralisation des mouvements de personnes physiques (mode 4) semblent en effet relativement limités: en 2002, 50 Membres avaient pris des engagements en mode 4 pour les services médicaux et dentaires mais tous se réservaient le droit de formuler des restrictions concernant le nombre, le type et la spécialisation des personnels étrangers autorisés à travailler dans le pays (World Health Organization and World Trade Organization 2002: 129). L'OMC relève d'ailleurs que les services de santé (et services sociaux) ont suscité peu d'intérêt au cours des négociations sur les services qui ont commencé en janvier 2000 et qu'il s'agissait là du seul grand secteur dans lequel aucune proposition de négociation n'a été présentée.

Il n'est donc pas possible d'affirmer que les migrations internationales des personnels de santé fassent l'objet d'une libéralisation formelle, du moins dans le cadre de l'Accord général sur le commerce et les services. Par contre, si l'on en revient à l'idée d'une autosuffisance en matière de personnels de santé pensée à l'échelle mondiale telle qu'elle fut défendue au moment de l'adoption du

code, une telle vision libérale peut bel et bien être distinguée. En effet, dès lors que l'investissement dans les ressources humaines pour la santé est envisagé à l'échelle de la planète, on a une vision, non plus sédentarisée mais bien circulatoire qui se dégage, valorisant alors la migration libre des personnels de santé afin de répondre aux déséquilibres des systèmes de santé, et que l'offre de travailleurs réponde à la demande des pays en pénurie.

12.2.4 Conclusions quant aux rationalités politiques de l'autosuffisance en personnels de santé

A l'issue de cette discussion, il apparaît que le concept d'autosuffisance dans le domaine des ressources en personnels de santé a suivi une évolution épistémique qui peut être comparée sur plusieurs points à celle ayant marqué le concept d'autosuffisance alimentaire. Une telle mise en perspective s'est avérée particulièrement intéressante dans la mesure où il a été possible de dégager un cadre d'analyse permettant d'appréhender ces évolutions sur la base de l'importance relative donnée aux trois facteurs que sont les aspects sécuritaires/humanitaires, l'ouverture de l'économie nationale sur l'extérieur ainsi que l'ouverture politique recherchée. De plus, une telle comparaison présente l'intérêt de saisir dans quelle mesure les évolutions observées dans un domaine d'activité correspondent à des tendances généralisables à d'autres secteurs.

Il apparaît ainsi que dans le cadre des débats sur les migrations internationales des personnels de santé l'autosuffisance s'est toujours entendue avec une connotation humanitaire forte. Ceci peut être directement lié au fait que le débat est resté dans l'enceinte de l'OMS dans un contexte de préoccupations quant à une pénurie mondiale en personnels de santé, alors que les questions d'approvisionnement alimentaire ont été thématiques dans différents contextes, nationaux et intergouvernementaux, le rôle de la Banque mondiale pouvant être distingué de celui de l'OMC. Ceci explique également que l'ouverture politique suggérée soit restée importante pour les concepts liés aux personnels de santé, appelant à une coordination entre les États, alors que l'autosuffisance alimentaire a pu traduire une volonté plus marquée d'autonomie et d'indépendance politique. Finalement, il est surtout intéressant de voir quelle vision de l'économie sous-tend ces différents concepts et de quelle manière celle-ci a évolué dans le temps. Il apparaît en premier lieu que pour cette dimension, les évolutions repérées pour les deux types de concepts (appliqués à l'alimentation et aux personnels de santé) suivent une tendance similaire. On voit ainsi que dans un premier temps, c'est dans le cadre restreint du territoire national que l'autosuffisance a été entendue, rejetant (dans sa forme idéale) toute forme d'échange avec l'extérieur. Par la suite, une vision plus souple s'est imposée, conservant l'État comme cadre de référence mais en admettant que des apports de l'extérieur puissent aussi participer à la satisfaction des objectifs d'autosuffisance. Finalement, les derniers développements révèlent une conception mondialisée des ressources. C'est-à-dire que celles-ci sont envisagées comme faisant partie d'un stock mondial auquel contribueraient et dont profiteraient l'ensemble des pays. Le glissement

d'une échelle de compréhension nationale à une échelle mondiale est ici essentiel puisqu'il rend possible la circulation des ressources et donc, leur libéralisation. Il est par ailleurs intéressant de noter que si les évolutions décrites concernant l'autosuffisance alimentaires se sont opérées sur plusieurs décennies, le débat sur l'autosuffisance en personnel de santé semble s'être déroulé de façon accélérée puisque ces différents concepts se sont succédés sur moins d'une dizaine d'années.

Figure 19 : Synthèse de l'évolution du concept d'autosuffisance (domaines de l'alimentation et des personnels de santé)

Concepts Dimension	Concepts n°1		Concept n°2		Concept n°3	
	Autosuffisance alimentaire	Autosuffisance en personnels de santé	Sécurité alimentaire	Pérennité des personnels de santé	Libéralisation de l'agriculture	Autosuffisance mondiale en personnels de santé
Humanitaire (forte-faible)	Forte	Forte	Forte	Forte	Faible	Forte
Economique (fermeture - ouverture)	Fermeture	Fermeture	Ouverture	Ouverture	Forte ouverture	Forte ouverture
Politique (fermeture - ouverture)	Fermeture	Ouverture	Ouverture	Ouverture	Ouverture	Ouverture

Le précepte selon lequel les pays devraient poursuivre l'autosuffisance en personnels de santé témoigne ainsi de l'importance d'une rationalité politique fondée sur le droit à la santé. Mais à nouveau, la rationalité politique du libéralisme économique est apparue comme une forme de prédisposition idéale conditionnant les mesures politiques envisageables puisque c'est bien à partir du moment où l'autosuffisance a pu être formulée en adéquation avec le principe de libre circulation économique que ce concept a réussi à s'imposer.

12.3 La rationalité du principe de limitation du recrutement actif

La limitation du recrutement actif dans les pays en pénurie est également considérée comme l'une des mesures phares visant à lutter contre la pénurie de personnels de santé affectant certains pays en développement. Sans nous engager dans une discussion portant spécifiquement sur l'efficacité même d'une telle mesure, nous allons ici nous intéresser aux motifs qui la fondent ainsi qu'aux types de rationalités politiques dont ils témoignent. Il s'agit dès lors de s'intéresser plus en détails aux fondements éthiques sous-tendant le principe de limiter le recrutement actif de personnels de santé. C'est plus particulièrement en discutant la distinction communément établie entre « recrutement passif » et « recrutement actif » que nous allons être en mesure de mettre à jour des rationalités politiques divergentes se confrontant au sein code de pratique de l'OMS. Afin de mener cette discussion, nous nous appuyons également sur les développements liés au code des NHS ainsi qu'au code du Commonwealth. Dans cette section, nous traiterons en effet conjointement ces différents

codes de pratique. Bien que ceux-ci diffèrent par le moment de leur adoption, (2001 pour le code des NHS, 2003 pour le code du Commonwealth et 2010 pour le code de l'OMS) ainsi que par leur portée (nationale pour le premier, internationale pour le second et mondiale pour le dernier) tous trois comportent en effet des prescriptions quant au recrutement actif de personnels de santé provenant des pays en développement.

12.3.1 Tentatives de définition des principes de recrutements actif et passif

Il s'agit de définir les expressions de « recrutement actif » et « recrutement passif ». Une telle entreprise s'avère plus complexe qu'il n'y paraît puisque dans les faits, aucune définition officielle n'accompagne les codes de conduite mobilisant cette notion. Pour le code des NHS, on trouve les prescriptions selon lesquelles "*Developing countries will not be targeted for recruitment*" ou "*Active international recruitment must be undertaken in a way that seeks to prevent a drain on valuable human resources from developing countries*". La même recommandation peut être retrouvée avec le code de l'OMS, qui énonce le principe selon lequel « *Les États Membres devraient décourager le recrutement actif de personnels de santé des pays en développement confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé.* » (article 5.1). Quant au recrutement passif, il se définirait théoriquement par opposition au recrutement actif. Il ferait alors référence à des situations où un individu décide de sa propre initiative de chercher emploi et de présenter sa candidature dans un autre pays (McIntosh, Torgerson et al. 2007: 20). Dans les faits, la différence entre recrutement actif et recrutement passif ne semble pourtant pas être aussi évidente. Différents cas de figure mettent en effet en cause une telle distinction. Premièrement, la mondialisation de l'information permet aux employeurs de faire connaître à toute personne connectée à Internet les possibilités d'emploi au sein de leur institution. Cette facilitation de la mise en relation de la demande avec une offre potentielle tend alors à brouiller la frontière entre recrutement actif et recrutement passif. Par ailleurs, une personne qui ne travaille pas peut se faire recruter activement alors qu'une autre en emploi dans son pays peut entreprendre elle-même la démarche de chercher du travail à l'étranger. L'impact sur le système de santé des pays d'origine sera moindre dans le premier cas de figure, pourtant considéré comme plus répréhensible, que dans le second.

Afin de caractériser plus précisément le principe de recrutement actif, on relève en premier lieu que la connotation négative de l'expression est souvent liée à l'ampleur dudit recrutement ainsi qu'à son caractère ciblé. Le phénomène que l'on cherche à éviter sera typiquement qu'un établissement de santé ou qu'une région spécifique soit « vidée » de ses ressources humaines recrutées à des fins d'emploi à l'étranger. Parallèlement, nous avons vu précédemment que si un lien existait entre migrations internationales et pénurie en personnel de santé, celui-ci était complexe et certainement pas mécanique. Il apparaît alors que l'idée de limiter le recrutement actif relève en fait d'un processus de généralisation de l'argument mettant en relation migrations et pénurie. On observe

également un décalage entre le caractère nécessairement géographiquement restreint du phénomène problématique (plus le recrutement est opéré sur un territoire réduit, plus l'impact sur les ressources disponibles localement est important) et le fait que la limitation du recrutement actif se conçoit à un niveau national. Si l'échelle à laquelle se situe la réponse politique ne correspond pas à celle des problèmes observés, elle reflète en fait certainement plus la position des pays comme unités d'action légitimes au sein du système mondial d'États nations tel qu'envisagé par la *world polity theory*. Dès lors, il est intéressant de repérer d'autres éléments venant appuyer le principe de limitation du recrutement actif. Deux composantes peuvent en fait être distinguées : Premièrement, une restriction liée au lieu du recrutement, celui-ci pouvant être rapporté à un pays ou de façon plus évasive à une région donnée. Ainsi, le code des NHS limite surtout le recrutement opéré dans les pays en développement alors que le code de l'OMS précise que les pays concernés devraient également « être confrontés à des pénuries aiguës en personnel ». On relève que le qualificatif même de « pays en développement » n'est pas forcément explicite et peut être sujet à discussion. Si le NHS remédie à ce problème en fournissant une liste de pays⁴⁰, ce n'est pas le cas du code de l'OMS qui laisse une certaine marge d'interprétation en la matière. A cela s'ajoute le fait que le code de l'OMS ne fournit pas non plus d'outils permettant d'évaluer le degré de pénurie auquel devraient être confrontés les pays pour être concernés par la recommandation. Il fut en fait initialement proposé de faire référence aux 57 pays considérés comme en pénurie aiguë par l'OMS (WHO 2006) mais même cette catégorisation, pourtant largement reprise, ne fut pas considérée comme complètement satisfaisante. Au fil des débats ayant accompagné l'élaboration du code, on peut d'ailleurs observer que diverses formulations visant à limiter le recrutement actif furent ainsi proposées, insistant tantôt sur les pays en développement, tantôt sur la situation de pénurie prévalant dans le pays de recrutement. Le manque de consistance du code dans la terminologie utilisée fut d'ailleurs un reproche formulé par plusieurs pays au cours du processus d'élaboration. L'ambiguïté révélée par l'usage interchangeable de ces différentes expressions semble alors indiquer qu'il ne s'agit pas nécessairement de formuler une mesure politique directement opérationnelle mais plutôt de suggérer des idées programmatiques (*programmatic ideas*), lesquelles constituent des lignes directrices supposant des idées causales et indiquant de quelle manière résoudre un certain problème politique (Campbell 2002: 28). Il est particulièrement intéressant de souligner l'apparition de nouvelles idées programmatiques car celles-ci, par leur formalisation à travers des codes de pratique, participent de manière plus large à la construction de nouveaux cadres de compréhension des problèmes politiques.

La deuxième composante du principe de limitation du recrutement actif concerne la pratique elle-même, la manière de procéder. En fait, c'est le principe même de cibler le recrutement sur une zone donnée (région ou pays) qui serait problématique, et ce d'autant plus que le nombre de personnes

⁴⁰ La liste des pays dans lesquels le recrutement actif est proscrit correspond aux pays avec lesquels le Département pour le développement international (DFID) entretient des pratiques de coopération.

concernées par le recrutement serait important. Afin de désigner ces pratiques, on trouve au sein de la littérature des expressions telles que « recrutement agressif » (Padarath, Chamberlain et al. 2003), ou « braconnage » (*poaching*) (Ahmad 2005). Le registre sémantique utilisé reflète alors bien le caractère problématique attribué à ces conduites.

12.3.2 Les fondements des restrictions au recrutement actif

Il s'agit donc de questionner la rationalité politique qui sous-tend ces principes afin de mieux en saisir la portée. A cet égard, s'intéresser au recrutement passif, lequel reste communément admis, est tout aussi riche en enseignements que l'analyse des fondements du recrutement actif. Il s'ensuit que deux interrogations fortement liées entre elles peuvent guider la recherche : Pourquoi est-il politiquement acceptable d'opérer un recrutement dit « passif » et pourquoi n'est-ce pas le cas pour le recrutement dit « actif » ? Il apparaît qu'une caractéristique essentielle du principe de limitation du recrutement actif est que celui-ci s'appuie sur une restriction du droit à immigrer et non du droit à émigrer. La distinction entre les deux types de droit est ici essentielle. Alors que le droit de quitter son propre pays est reconnu par la charte des droits de l'Homme, son corollaire, le droit à immigrer, n'est quant à lui pas reconnu et la souveraineté nationale en matière d'admission de migrants prévaut dans une très grande mesure. En d'autres termes, le recours au principe de limitation du recrutement actif, en s'appuyant sur une restriction du droit à immigrer, lequel est largement admis, a permis d'éviter les restrictions sur le droit à émigrer, lequel est bien reconnu comme un droit humain. Ceci explique notamment que des mesures de service obligatoire, pourtant soutenues par différents pays, rencontrèrent si peu d'écho et sont finalement absentes du code de l'OMS. Il est alors intéressant de se pencher sur les réactions des infirmières sud-africaines lors de l'introduction du code des NHS en 1999 suspendant le recrutement actif dans leur pays. Celles-ci n'y virent prioritairement pas un moyen de préserver le droit à la santé en Afrique du Sud, mais bien une enfreinte à leur droit à migrer. En fait, selon l'interprétation de Kingma (2006: 127), « *By encouraging foreign governments to implement such a ban, Mandela attempted to avoid the kind of criticism he would have received at home if he had tried to prohibit nurses from leaving South Africa* ». Nous voyons ici que les droits à émigrer et à immigrer sont fortement imbriqués. En effet, émigration et immigration tendent à se confondre dès lors qu'un pays sollicite une restriction sur le droit à immigrer dans un autre pays. Kingma poursuit d'ailleurs en expliquant que « *Should the ban have been introduced by the South African authorities, it could easily be proved to be an infringement of the rights of the individuals in terms of the South African Constitution (...)* But now that it has been introduced by a host country, it cannot be challenged in terms of South Africa's Constitution ». Si le principe de limitation du recrutement actif trouve une légitimité en agissant sur le droit à immigrer, on constate donc que le brouillage entre les deux concepts, lié à l'intervention du pays d'origine dans la politique poursuivie dans le pays hôte, permet également de mettre en cause le bien-fondé d'une telle mesure.

Ensuite, l'idée de recrutement actif suggère également qu'une personne qui n'entreprend à priori pas de démarche pour quitter son pays, soit incitée par un agent de recrutement à faire le choix de la migration. L'intervention d'un tiers, employeur ou recruteur, peut alors être considérée comme venant bouleverser un déroulement « normal », voire un « ordre national » des choses en faisant migrer une personne qui serait sinon restée dans son pays. On retrouve donc ici une conception plutôt sédentariste des êtres humains. Selon cette perspective, il apparaît que la liberté de migrer ne se conçoit que dans le cadre d'une démarche spontanément entreprise, fruit d'un processus décisionnel individuel et vierge de toute intervention extérieure. Cette perspective peut être qualifiée de victimisante dans la mesure où elle récuse toute capacité à effectuer des choix propres dès lors qu'interviendrait un agent de recrutement.

Troisièmement, en qualifiant d'active une pratique de recrutement, celle-ci peut être désignée comme une action guidée ou volontaire. Les conséquences possibles du recrutement actif sur les systèmes de santé des pays d'origine étant certainement des effets collatéraux non désirés, on voit se dessiner un cadre de compréhension de l'action correspondant à une théorie causale de type « par inadvertance ». Une telle interprétation du problème est certes considérée comme une position faible selon la typologie des théories causales proposée par Stone (1989: 285), elle se situe néanmoins dans le champs du contrôle régi par l'action humaine et appelle donc les autorités publiques à intervenir sur ces pratiques, justifiant une restriction au recrutement actif.

Enfin, en rappelant que le monde est fondamentalement organisé politiquement en États-nations souverains, on peut envisager que la pratique du recrutement actif soit rapportée à une forme d'atteinte à l'intégrité territoriale des pays. La notion de frontière prend ici tout son sens puisque c'est son franchissement par des agents de recrutement qui retire toute légitimité aux procédés d'approche des personnels de santé.

12.3.3 Les fondements de la liberté de migrer dans le discours sur les migrations des personnels de santé

Notant que si l'expression « recrutement passif » prend son sens en opposition au principe de recrutement actif, elle est néanmoins relativement peu utilisée au bénéfice d'un appel à la liberté ou au droit de migrer. Dès lors que la liberté de migrer apparaît comme la justification essentielle autorisant le recrutement passif, il est important d'examiner les motifs sous-tendant un attachement à un tel principe.

12.3.3.1 Liberté de migrer et utilitarisme

Premièrement, et c'est presque un pléonasme que de l'affirmer, la liberté de migrer se présente comme un droit fondamental. On peut ici faire référence à l'article 13 de la Déclaration universelle des

droits de l'homme, lequel énonce un droit de libre circulation des personnes. Plus précisément, la Déclaration universelle des droits de l'homme reconnaît le droit de quitter son État, d'y revenir et d'y circuler librement⁴¹. Mais si ce droit aborde la circulation des personnes comme une fin en soi, on remarquera que lorsqu'il est question de personnels de santé, la migration est surtout envisagée comme le moyen de réaliser un autre droit, celui de viser de meilleures conditions d'existence. On parlera alors du droit à améliorer son sort et à migrer « vers de plus verts pâturages » (*greener pastures*). Par exemple, il ressortira du rapport final de l'Organisation panaméricaine de la Santé (2009) que *"The code should contain no provision that might limit people's right to migrate legally in order to seek a better life for themselves and their families"*. La reconnaissance ainsi que la légitimation de l'aspiration à la migration des personnels de santé peuvent être mises en relation avec le fait que ces mouvements sont communément analysés à travers un modèle explicatif de type *push-pull*, qui met en évidence les écarts caractérisant lieux d'origine et de destination portant sur les conditions de travail ou plus généralement sur les conditions de vie.

Il est important de relever l'association faite entre « liberté de migrer » et « droit d'améliorer sa condition de vie ». En effet, bien que ce dernier droit n'existe pas en tant que tel, il peut en fait recouvrir une pluralité de droits existants tels que le droit à des conditions de travail justes et favorables, le droit à un niveau de vie juste et suffisant, le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale ou le droit à l'éducation (articles 7, 11, 12 et 13 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.). Or, en énonçant le droit de migrer comme une condition à la réalisation de ces droits, celui-ci trouve une nouvelle légitimité et se voit renforcé.

Une telle posture a permis au département de la santé anglais d'explicitement prévoir la disposition selon laquelle les employeurs des NHS ont le droit de considérer *"unsolicited applications for advertised posts directly from international recruits"* (DH, Code, 2001). Une telle exception au principe de limitation du recrutement actif trouve ainsi sa justification, non pas par l'intérêt des NHS à poursuivre le recrutement international mais par le souci de préserver les droits des personnels de santé aspirant à la migration.

Le principe de liberté de migrer a également été appuyé par l'idée selon laquelle la mobilité serait une composante essentielle, voire inhérente à la pratique professionnelle des agents de santé. Cet aspect est généralement souligné lorsqu'il est rappelé que ce type de migration existe de longue date : *« Maintenant la migration, ce n'est pas un nouveau phénomène pour les soins infirmiers. Les infirmières ont depuis des décennies émigré, par exemple pour des formations qui n'étaient peut-être pas disponibles dans un certain pays. Cela peut aussi être juste pour essayer d'apprendre de nouvelles pratiques. Une infirmière pourrait éventuellement vouloir passer deux ou trois ans aux États-Unis*

⁴¹ Article 13 de la déclaration universelle des droits de l'homme : Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un Etat. Toute personne a le droit de quitter tout pays, y compris le sien et de revenir dans son pays.

pour faire un perfectionnement de ses compétences, par exemple dans les soins intensifs » (Mireille Kingma, CII). De ce point de vue, à nouveau, le droit de migrer se présente comme une condition à l'accomplissement d'un autre droit, celui de développer sa carrière professionnelle. Un tel droit n'est pas formellement inscrit dans l'une ou l'autre convention internationale mais la valeur attribuée au travail est néanmoins susceptible de lui conférer une grande légitimité. Un tel argumentaire apparaît également dans le premier code élaboré par les NHS en 1999 (DH, Recommandations, 1999 : 7) : *“Nurses and midwives have always taken the opportunity to work abroad. The transferability of their skills, and qualifications, is one of the key features of the profession that is attractive to new recruits”*.

A ce stade, il est intéressant de revenir à la rationalité qui justifie une distinction entre liberté d'émigrer et liberté d'immigrer. Harvey et Barnidge (2007) ont examiné la façon dont le droit à émigrer avait été interprété par le *Human Rights Committee* au vu de la pratique des États. Il s'avère que, de manière générale, la violation de ce droit était reconnue *“whenever a state unreasonably, and without valid justification, delays an official passport application and when the issue of the author's negligence does not arise”* (2007: 7). Les cas de limitation de la liberté de migrer s'appliquant à des dissidents politiques constituent alors des expériences particulièrement emblématiques. Il semblerait qu'afin de limiter l'émigration de leurs personnels de santé, certains pays aient effectivement eu recours à des mesures coercitives telles que la retenue de certificats, la saisie de passeport, ou l'introduction de charges excessivement onéreuses pour la transcription des documents nécessaire à l'enregistrement à l'étranger (Mensah 2008: 10). Ces pratiques enfreignent très certainement le droit à migrer tel qu'initialement conçu. Toutefois, le contexte dans lequel le droit à émigrer est le plus souvent mobilisé pour ce qui concerne les personnels de santé est très différent puisqu'il est en fait surtout question que ceux-ci voient se restreindre les opportunités économiques, sociales et professionnelles perçues en lien avec le fait de séjourner et de travailler dans un autre pays. Dès lors, on peut comprendre que pour les opposants à la limitation du recrutement actif, une conception plus étendue de la liberté de migrer doit être entendue. Ceux-ci participent ainsi à une extension de la compréhension et de la portée de ce droit de migrer. Pour reprendre les termes de Schmidt (2008: 314), on peut dire qu'il est fait usage de capacités discursives pour imposer un discours modifiant le contexte de signification. On note toutefois que les partisans de limitations sur le recrutement actif ne remettent généralement pas directement en cause la liberté de migrer mais plutôt certaines politiques ou pratiques de recrutement

En conclusion de ce chapitre, il est intéressant de relever que la rhétorique sur les migrations des personnels de santé est ici fortement marquée par l'idée selon laquelle les individus seraient des êtres mobiles pour lesquels la migration constituerait une étape normale du parcours de vie. Une telle valorisation de la circulation s'avère alors susceptible d'entrer en contradiction avec le principe d'autosuffisance, lorsque celui-ci est envisagé dans un cadre strictement national. Elle est par contre en adéquation avec une conception mondialisée de l'autosuffisance (voir chapitre 12.2) Qui plus est, on retrouve également le principe selon lequel la migration est un phénomène potentiellement positif

puisque qu'elle permettrait, par la mise en relation d'expériences et d'idées différentes, de développer les compétences des agents de santé : *"In a managed way, the recruitment of overseas nurses can be a very positive experience. There is no doubt that transfers of experience and sharing of ideas can be extremely beneficial, both to the development of the individual nurse and the nurses with whom they are working"* (DH, Recommendations, 1999: 7). Cet argument, qui suggère une optimisation des compétences de chacun ainsi qu'une maximisation de l'efficacité globale, peut être qualifié **d'utilitariste néolibéral.**

12.3.3.2 Liberté de migrer et égalitarisme

Non seulement la liberté de migrer a été invoquée afin de justifier la possibilité de recrutement dit passif, mais elle a également été instrumentalisée afin de dénoncer le principe de limitation du recrutement actif. Ici, la liberté de migrer n'est plus tant mise en relation avec des droits économiques et sociaux qu'elle est abordée du point de vue de l'égalitarisme. La question soulevée est en fait celle de savoir si une limitation du recrutement actif appliquée à un groupe professionnel ou à des pays ou régions donnés peut être considérée comme une forme de discrimination à l'encontre des personnels de santé concernés.

Ainsi, certains ont pu considérer que le fait de définir une liste de pays dans lesquels un recrutement actif ne devrait pas être opéré supposait que le droit à migrer des personnes provenant de pays en pénurie n'était pas le même que celui de tout autre personnel de santé. Une telle position était par exemple défendue par un agent du gouvernement américain, Samuel Wittens (US Acting Assistant Secretary, Bureau of Population, Refugees and Migration), en réaction à un code de conduite produit par une coalition de personnels de santé et portant sur le recrutement d'infirmières aux États-Unis⁴²: *"Unfortunately, the code also discourages U.S. companies from hiring nurses from countries with severe shortages of health workers, implying that a qualified nurse from a developing country has less right to apply for migration than a counterpart in a developed country"*⁴³. La déclaration d'un délégué gouvernemental durant les débats sur le code de pratique illustre également ce point de vue : *"An individual's education should not be bar to the freedom to live and work anywhere"* (EB122, Summary records, 2008 : 120). On saisit ici que la discrimination récriminée se fonde autant sur un critère d'appartenance nationale que sur le type de qualification professionnelle.

Mais la critique la plus importante à l'encontre des mesures de suspension du recrutement actif ne porta pas tant sur la question de la discrimination nationale que sur celle de la discrimination de genre. Par exemple, les recommandations sur le recrutement international publiées par les NHS en 1999 ne concernaient initialement que les infirmières et sages-femmes, deux professions

⁴² Voluntary code of Ethical Conduct for the Recruitment of Foreign-Educated Nurses to the United States.

⁴³ Two views on the international recruitment of nurses: US government and RNAO: NightingalDeclaration.net (consulté le 3 juin 2013).

majoritairement occupées par les femmes. Selon Kingma « *It seems clear that gender is a dominant force in the creation and focus of these bans* » (2006: 139). Ce n'est qu'en 2001 que les prescriptions se sont étendues à l'ensemble des personnels de santé, mettant fin à ce qui était considéré comme une « discrimination inacceptable ». Pour la consultante en soins infirmiers et politique de santé, il paraîtrait donc plus « normal » d'appliquer une limitation de mouvements à un corps professionnel féminin, vraisemblablement considéré comme plus facile à gérer que, par exemple, un corps médical majoritairement composé d'hommes. Une telle atteinte aux possibilités de migrer des infirmières ou sages-femmes serait particulièrement grave dans la mesure où ces femmes se verraient privées d'une forme d'épanouissement personnel : « *One of its most positive aspects (of migration) is the fact that it gives women a greater sense of independence and accomplishment* » (Kingma 2006: 137).

12.3.4 Conclusions quant aux rationalités politiques de la limitation du recrutement actif

Les discussions concernant la limitation du recrutement actif ont ainsi révélé les tensions existant entre des rationalités politiques concurrentes dans le domaine des migrations internationales des personnels de santé. La défense du droit à la santé a ici été formulée de façon à suggérer une limitation du recrutement international des personnels de santé. Ce faisant, la défense de ce droit a été opposée au principe de liberté de migrer. Le principe de limitation du recrutement actif incarne donc les contradictions entre ces différentes rationalités politiques. D'une part, ce principe se présente comme une entrave à la libre circulation des personnels de santé. S'appuyant sur (et réaffirmant) la souveraineté des États en matière de politique migratoire, il fait valoir une conception nationale et sédentaire des êtres humains. Mais d'autre part, le fait que cette disposition ne s'étende pas à une limitation du recrutement passif indique également la prévalence d'une vision plus circulatoire de l'homme. Il est d'ailleurs intéressant de voir que dans ce cas, si les principes du libéralisme économique n'ont pas été mobilisés afin de justifier une liberté de recrutement de la part des employeurs ou de leurs intermédiaires, ils fondent néanmoins une conception utilitariste des migrations, lesquelles sont ainsi appelées à être libéralisées. Par ailleurs, on peut considérer que le discours défendant le recrutement passif de personnels de santé a participé à une transformation des prédispositions idéelles définissant le droit d'émigrer puisqu'initialement, celui-ci renvoyait principalement à l'absence de mesures coercitives empêchant l'émigration. Dans le cadre des discussions sur le code de l'OMS, la conception du droit de migrer a alors été étendue au droit d'améliorer sa condition de vie.

12.4 La rationalité de la gouvernementalité

Afin de conclure notre analyse, nous allons à présent nous intéresser au mode de gouvernementalité qu'incarne et véhicule le code de pratique de l'OMS en redistribuant pouvoir et autorité entre différents types d'acteurs. En effet, le code de pratique apparaît comme la technologie du gouvernement à travers laquelle se matérialisent les rationalités politiques multiples que nous avons vues comme fondant les discours sur les migrations internationales des personnels de santé. En incarnant cette pluralité de vues, le code de pratique se présente alors comme un instrument complexe plus ou moins directif selon les thèmes abordés et les acteurs auxquels il s'adresse mais instrumentalisant également à des degrés divers la marge de manœuvre laissée à ces acteurs. Par sa nature même, le code incarne en fait déjà une première tension centrale. D'une part, en tant qu'instrument mondial adopté à l'unanimité, il révèle une forme de consensus autour d'un discours dominant. Mais d'autre part, son caractère non-contraignant laisse une certaine flexibilité, quant à l'interprétation et la mise en application de ses dispositions, permettant au code de s'ajuster à des rationalités politiques diverses. Les multiples façons dont le code s'adresse aux gouvernements, acteurs privés ou personnels de santé migrants reflètent alors la manière dont les différentes rationalités politiques passées en revue sont articulées et hiérarchisées.

12.4.1.1 Le script mondial comme fondement de la gouvernementalité globale

En cherchant à caractériser la gouvernementalité du code de pratique, notre démarche, qui s'inscrit dans les débats en cours concernant l'applicabilité du concept de gouvernementalité au niveau international (Methmann 2013: 70), prend donc le parti de défendre la pertinence du concept de gouvernementalité globale. A l'instar de Methmann (2013: 73-74), nous justifions cette position en rendant la possibilité d'une gouvernementalité globale conditionnelle à la constitution d'un modèle politique global (*global polity*). Ce modèle politique global, correspondant à ce que nous nommons script mondial, a alors pour caractéristique d'être basé sur un espace de calcul (*calculative space*) mondial permettant de penser de façon globale un phénomène particulier.

On peut en premier lieu rappeler que les migrations internationales des personnels de santé ne constituent pas en soi un phénomène nouveau. De longue date, les professionnels de la santé ont voyagé à travers le monde afin d'exercer leur profession. Par contre, la problématisation politique du phénomène est, elle, beaucoup plus récente. Ce décalage permet ainsi de mettre en évidence le caractère artificiellement créé de l'objet politique. La constitution d'un script mondial (*global polity*), comme compréhension et conscience commune du phénomène des migrations internationales des personnels de santé, a ainsi constitué la base sur laquelle une forme de gouvernementalité mondiale a été rendue possible et nécessaire. Comme il l'a été vu précédemment, ce script mondial s'est largement imposé comme résultant de l'influence d'une communauté épistémique composée de divers

acteurs de la santé s'étant attelée à conceptualiser et théoriser les flux internationaux de personnels de santé, leurs causes et conséquences. Nous avons également vu qu'en mettant en avant le modèle de l'effet domino, ce script avait pris une dimension non seulement mondiale mais également cosmopolite, dans la mesure où il appelait les gouvernements des pays de destination à prendre en considération l'intérêt de non-citoyens dans l'élaboration de leurs politiques domestiques. Par la constitution d'une imagination politique globale et cosmopolite, entremêlant les sphères domestiques, nationales et internationales, le recours au concept de gouvernementalité globale se voit ainsi légitimé, puisque celui-ci suppose une interconnexion des domaines du gouvernement qui est amené à intégrer le global et le local se manifestant à diverses échelles spatiales (Methmann 2013: 72-73).

Il est important de relever que cette mise en script globale a en premier lieu nécessité la disponibilité de technologies de calcul standardisées et mondialisées. A cet égard, le rôle de l'OCDE a été crucial puisque c'est cette organisation qui, au début des années 2000, a mis au point des statistiques internationales sur le sujet en élaborant la Banque de données OCDE sur les immigrants et les expatriés, sur la base de recensements nationaux. On saisit d'ailleurs l'influence des discussions naissantes autour de l'idée de code puisque c'est à l'époque où était adoptée la résolution de l'OMS appelant à l'élaboration d'un code de pratique mondial que la personne en charge de la division santé de l'OCDE demandait à ce que soient extraites de la base de données qui était alors mise sur pied, les données sur les personnels de santé migrants. C'est donc plus précisément le taux d'immigration dans les pays de destination qui a été l'indicateur fondamental à partir duquel ont également pu être déduits les taux d'expatriation dans les pays d'origine (Dumont and Lemaître 2005: 23). On peut constater ainsi une véritable volonté de mondialiser l'espace de calcul en ne restreignant pas les résultats statistiques aux seuls pays membres de l'organisation mais en les étendant à tous les pays d'origine.

Mais si cette base de données a permis de dresser un tableau relativement complet de la situation en 2000, ces résultats n'ont néanmoins pas pu être véritablement actualisés jusqu'à l'adoption du code en 2010. Il est alors intéressant de voir que le code a lui-même porté la demande de données actualisées et comparables avec l'article 6.2, celles-ci pouvant être considérées comme impératives afin de soutenir le script mondial incarné par le code : « *En tenant compte des caractéristiques des systèmes de santé nationaux, les États Membres sont encouragés à mettre sur pied ou renforcer, selon le cas, et tenir à jour des systèmes d'information sur les personnels de santé, y compris sur les migrations des personnels de santé et leurs effets sur les systèmes de santé. (...)* ».

12.4.1.2 Santé et personnels de santé comme objets du gouvernement

Il peut être considéré que l'ambition principale du code de pratique est d'assurer une bonne répartition des personnels de santé au sein des différents pays du monde afin de répondre de façon juste et adéquate aux besoins de santé des populations. On peut alors rappeler que dans ses travaux, Foucault considérait la population comme l'objet principal de l'État de gouvernement, nommant

« biopolitique » la forme d'exercice du pouvoir en découlant. Plus précisément, c'est la vie de cette population, qualifiée par des caractéristiques socioéconomiques mesurables, qui était selon lui devenue de façon croissante l'objet du pouvoir. Il est alors intéressant de noter que la problématisation politique dont ont fait l'objet les personnels de santé migrants s'inscrit pleinement dans une telle valorisation morale de la vie humaine, ici exprimée par des enjeux sanitaires liés à l'émigration d'agents de santé. Les principes directeurs du code de l'OMS reconnaissent d'ailleurs expressément la responsabilité des gouvernements en matière de santé publique : « *Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leur population, dont ils ne peuvent s'acquitter que par la mise en place de mesures sanitaires et sociales adéquates* » (article 3.1). La visée ultime du code est donc bien d'agir sur le vivant, d'assurer sa prise en soins optimale, laquelle est supposée se traduire par une progression d'indicateurs de santé standardisés et mondialement partagés (densité médicale, taux de mortalité, espérance de vie, etc.). C'est donc dans cette perspective que la régulation des migrations internationales des personnels de santé est apparue comme une solution particulière à la question plus générale du gouvernement des populations et du vivant.

Mais il a également été vu que, du fait de la problématisation mondialisée des migrations internationales des personnels de santé servant de script au code, ainsi que du cosmopolitisme politique en découlant, les personnels de santé domestiques s'étaient également constitués en objet d'intervention politique. Si les chapitres précédents ont permis de mettre en lumière la rationalité politique spécifique des recommandations en lien avec chacune de ces catégories d'intervention, nous verrons dans l'analyse qui suit que le mode de gouvernement diffère également selon qu'il s'agit gérer des personnels de santé migrants ou domestiques. Par ailleurs, d'autres acteurs tels que les agents privés du recrutement, les représentants de la société civile, ou les migrants eux-mêmes apparaissent comme autant de sujets du gouvernement susceptibles d'intervenir sur les flux migratoires.

12.4.1.3 Code comme technologie du gouvernement

Comme il l'a déjà été relevé, le paradoxe apparent entre l'ambition régulationniste du code d'une part et sa nature non contraignante d'autre part, en constitue un élément distinctif essentiel. L'adoption de codes de pratique volontaires semble pourtant s'inscrire dans une tendance forte. Pour l'OMS, ces instruments “*are increasingly used to address challenges of global governance (such as environmental and human rights issues) as they are practical to negotiate and implement. They create norms that can meaningfully guide state behavior and allow adequate flexibility so that they can be practical and effective.*” (User's guide, 13). En fait, l'idée d'une telle contradiction entre souveraineté nationale et gouvernance mondiale repose sur le présupposé selon lequel une telle gouvernance mondiale nécessiterait forcément une réduction du rôle des États souverains. Afin de mieux saisir les enjeux de pouvoir liés à la mise sur pied du code de pratique, nous proposons d'envisager ces termes, non pas comme en tension, mais plutôt en articulation l'un avec l'autre. Le concept de

gouvernementalité permet précisément de penser l'exercice et le fonctionnement de la souveraineté nationale au sein du domaine international, une perspective exprimée par Aalberts (2012: 230) : *“The diffusion of power in the emerging governance structures then entails not so much a dilution of sovereignty as its reconfiguration within the international political order.”* Les États souverains resteraient ainsi des agents essentiels mais seraient dans le même temps objets de la diffusion du pouvoir comme nouveau mode de gouvernance à travers un vaste système de règles, d'acteurs et de mécanismes.

Le code de conduite, à l'instar de tout instrument dit de *soft law*, peut ainsi être envisagé comme ce que Rose et Miller nomment une technologie du gouvernement (*technologie of government*) (2010: 281), laquelle comprend les *“strategies, techniques and procedures through which different forces seek to render programmes operable, and by means of which a multitude of connections are established between the aspirations of authorities and the activities of individuals and groups”*. En tant que technologie du gouvernement, le code de pratique constitue ainsi l'incarnation d'un programme politique global lié aux migrations internationales des personnels de santé qui, par ses recommandations, ainsi que les dispositifs de mise en œuvre prévus, organise et met en relation la constellation des acteurs pertinents identifiés, tout en distribuant compétences et responsabilités à chacun.

Plus précisément, le code peut être envisagé comme une technologie permettant le gouvernement à distance (*government at a distance*). C'est-à-dire qu'il s'agit d'un instrument qui agit à travers des modes d'autorité non politiques, qui n'émanent pas de l'État mais qui y sont liés (Rose 1999, 49). Afin d'identifier ces mécanismes de gouvernement à distance, nous allons passer en revue les rôles que le code de pratique attribue à chaque type d'acteur ainsi que les dispositions de suivi institutionnel que celui-ci prévoit. Nous allons ainsi voir que le code redistribue le pouvoir entre différents types d'autorités, identifiant, sur la base du script mondial sur les migrations des personnels de santé, les différents sujets du gouvernement ainsi qu'en nommant les dispositifs par lesquels ceux-ci peuvent, *in fine*, agir sur les mouvements de ces professionnels. Il en résulte alors une multiplicité des échelles d'action ainsi qu'une dispersion des sites du gouvernement.

Les sujets du gouvernement

L'État et les personnels de santé migrants

La recommandation que le code formule en vue d'une gestion des migrations internationales des personnels de santé par les États peut sembler a priori singulière puisque celui-ci énonce que *« Les États Membres devraient se servir du présent code comme d'un guide lorsqu'ils mettent en place des dispositifs bilatéraux, régionaux ou multilatéraux pour promouvoir la coopération et la coordination internationales en matière de recrutement international des personnels de santé »* (article 5.2). Ainsi,

dans le même temps qu'il promeut des principes éthiques communs applicables au recrutement international, le code s'en remet aux États afin de convenir selon leurs propres termes d'accords bilatéraux ou multilatéraux. Il peut en effet paraître a priori paradoxal qu'un instrument de coopération internationale de portée mondiale renvoie finalement à des pratiques bi-, voire multilatérales. On peut en fait saisir ici la volonté des États de préserver leur marge de manœuvre dans la gestion des flux migratoires. Au cours des discussions, les États-Unis avaient d'ailleurs exprimé la position selon laquelle il pouvait être admis que le code prévoie la possibilité de conclure un accord entre pays d'origine et de destination, en soulignant que les modalités d'une telle coopération devraient exclusivement être réglées dans le cadre de ces accords et non pas prédéfinies par le code

La façon dont Andrijasevic et Walters (2012: 23) rapportent le libéralisme à l'échelle internationale s'avère ici éclairante. On rappelle que ceux-ci conçoivent la gouvernamentalité globale comme un art de gouverner l'international, lequel passe en fait essentiellement par un renforcement des capacités des États à gouverner leur propre population. Dès lors, le code de pratique de l'OMS peut être compris comme un dispositif participant, pour ce sujet, à un double élan de globalisation de la gouvernamentalité (code comme instrument du gouvernement global) et de réaffirmation de l'État comme unité politique légitime d'intervention. En d'autres termes, le code de l'OMS renforce le discours global selon lequel les États sont des entités politiques souveraines. A cet égard, le fait que ce rappel du rôle des États souverain ne concerne que la gestion des personnels de santé migrants et non des personnels domestiques semble témoigner de la sensibilité politique des questions migratoires pour les États nations.

Par ailleurs, cet élan en faveur de la conclusion d'accords bilatéraux correspond également à la forme gérée de libéralisation des migrations telle que décrite par Kalm (2011) dans son analyse de la gestion des migrations internationale comme projet pour l'activité du gouvernement global. Se basant sur l'idée que les individus sont des êtres mobiles et que les migrations sont un phénomène potentiellement positif, il s'agirait alors plutôt d'encadrer et d'organiser ces mouvements afin que leur potentiel positif puisse se réaliser.

L'État et le personnel de santé domestique

Pour ce qui est du personnel de santé domestique, il faut en premier lieu rappeler que la recommandation énonçant que « *Les États Membres devraient s'efforcer, dans la mesure du possible, de former des effectifs de personnels de santé pérennes et d'instaurer des stratégies efficaces de planification, d'éducation et de formation, et de fidélisation des personnels de santé pour avoir moins besoin de recruter des personnels de santé migrants* » (article 3.6). On observe premièrement que si le code laisse une latitude importante aux gouvernements nationaux pour ce qui concerne la conduite d'accords bi- ou multilatéraux, les recommandations ayant trait au développement des ressources domestiques sont beaucoup plus explicites. Ici, le code intervient plus directement sur les politiques

des États pour la gestion des ressources humaines domestiques. En ce sens, il peut être interprété comme une forme de restriction volontaire que les États ont choisi d'exercer sur leur souveraineté nationale. En effet, si par son caractère non-contraignant, le code ne limite pas la souveraineté institutionnelle des États, il n'en exerce pas moins une contrainte d'ordre normatif sur ces derniers, qui ont eux-mêmes donné une légitimité à cet instrument en l'adoptant à l'unanimité.

Deuxièmement, le type particulier de dispositif visant à gérer ces ressources domestiques peut également être relevé. Le principe de planification relève en effet d'une logique que l'on peut qualifier d'interventionniste, caractéristique d'un État social fort. Il étend ainsi la gouvernementalité de l'État en le chargeant d'évaluer quel est, pour chaque portion de son territoire, le nombre et le type de personnel adéquat, et de mettre en place les mesures permettant d'atteindre les objectifs définis. Par ailleurs, Briatte (2011: 2) relève également que le plan a pour fonction d'institutionnaliser et de stabiliser l'action autour de problèmes publics donnés. En recommandant aux États membres de planifier leurs ressources en personnels de santé, le code promeut ainsi une logique welfariste, laquelle contraste avec la vision libérale des personnels de santé migrants exposée précédemment. Le développement d'une vaste gamme de dispositifs de contrôle et de surveillance est alors susceptible d'être initié, mettant en relation l'ensemble des acteurs liés à la formation, à la fidélisation et au recrutement des personnels de santé.

Les acteurs privés

L'une des difficultés soulevées lors des débats sur le code de pratique concernait le rôle du secteur privé. En effet, dans de nombreux pays, le recrutement de personnels de santé est conduit au moins en partie par des acteurs privés, qu'il s'agisse des établissements de santé ou que ceux-ci fassent appel à des intermédiaires. Ainsi, dans plusieurs pays, la législation en vigueur ne permettait ainsi pas de contraindre ces agents privés dans leurs pratiques de recrutement. Afin d'illustrer la réaction des pays sollicitant un meilleur encadrement des acteurs du recrutement, on la remarque du délégué sud-africain lors des négociations peut être mentionnée. Pour ce dernier, le recrutement, même réalisé par des agents privés, s'opérait toujours dans le cadre de lois étant du ressort des États. En d'autres termes, le diplomate en appelait les gouvernements à réglementer le secteur privé. Une telle position réglementationniste se retrouve d'ailleurs dans l'article 8.2, qui affirme que « *les États membres sont encouragés à intégrer le code dans les lois et politiques applicables.* ».

Si le code constitue un instrument du gouvernement ne formulant pas d'obligations à ses destinataires, l'intégration de ses principes dans les lois nationales est donc clairement un objectif recherché et anticipé par les négociateurs, comme l'illustrent ces propos d'un rapport du secrétariat du bureau de l'OMS pour la région européenne : « *Despite its nonbinding nature, an internationally adopted code is likely to lead to national laws, policies and regulations (...)* » (WHO Europe, Report, 2009 : 6).

Par contre, on des formes de gouvernement à distance mobilisant des dispositifs plus indirects peuvent également être identifiées. Par exemple, l'article 8.6 prévoit que « *les États membres devraient, dans la mesure du possible, encourager et promouvoir le respect des bonnes pratiques par les agences de recrutement en n'utilisant que celles qui respectent les principes directeurs du code* ». Par ailleurs, l'article 8.5 encourage les États membres à l'établissement ainsi qu'à la mise à jour « *à intervalles réguliers (d')un registre de tous les recruteurs autorisés à exercer sur leur territoire par les autorités compétentes* ». On constate ici la pluralité des acteurs amenés à contribuer à la mise en œuvre du code : les États membres chargés de créer les conditions à la mise en place de dispositifs de surveillance, les institutions de santé appelées à ne faire recours qu'aux agences dites éthiques et les agences privées du recrutement qui se voient ainsi incitées à volontairement adhérer au code de pratique. Dans cette perspective, la mise en place d'un registre des recruteurs autorisés peut alors être considérée comme participant à ce mode particulier de gouvernement à distance, en apportant le support d'un dispositif de surveillance.

Finalement, le code s'adresse également directement aux acteurs privés. Cette orientation est d'ailleurs revendiquée par l'article 8.4, lequel affirme que « *tous les acteurs devraient observer le code, indépendamment de l'aptitude des autres à faire de même* ». Dans cette perspective, les États membres sont également encouragés à « *diffuser et appliquer le code en collaboration avec tous les acteurs (...)* » (article 8.1). Ici, un effort de communication est ainsi demandé aux États-membres, celui-ci pouvant prendre la forme par exemple de campagnes d'information ou d'organisation d'événements sur le thème du code. De telles démarches sont ici envisagées comme autant de dispositifs participant à une possible appropriation du code par les acteurs privés. Cet idéal d'une mise en œuvre spontanée par l'un ou par l'autre des acteurs concernés peut sembler quelque peu naïf. En fait, il traduit surtout la vision d'un sujet libéral, ayant assimilé une « juste » conduite et l'appliquant librement. Une telle position fut par exemple exprimée par un représentant états-unien lors d'une réunion sur la mise en œuvre du code. Celui-ci souligna que dans son pays, le secteur privé disposait d'une importante marge de manœuvre en matière de recrutement international et que la capacité de l'État à appliquer le code était donc limitée (PO).

Ainsi, une marge de manœuvre importante existe quant à la mise en œuvre du code par les acteurs privés. L'instrument étant non contraignant, la volonté de l'un ou plusieurs des acteurs concernés, publics ou privés, d'agir sur le recrutement est en premier lieu indispensable. Mais une telle volonté peut se réaliser de diverses manières, tout en restant dans les termes prévus par le code. La mise en œuvre peut premièrement se réaliser par une législation réalisée par les autorités compétentes, laquelle introduirait ainsi un cadre contraignant aux pratiques de recrutement. Ensuite, une forme plus subtile de gouvernement à distance peut être opérée, laquelle reposerait sur des dispositifs de surveillance et de gestion des pratiques de recrutement (mise sur pieds de registres,

engagement au respect de bonnes pratiques, etc.). Et finalement, il est espéré que les acteurs privés s'approprièrent volontairement le code.

Les pouvoirs publics

Une seconde difficulté mentionnée par les pays négociateurs concernait le cas des gouvernements fédéraux ou plus généralement, la question de la répartition des compétences entre les différents niveaux de l'autorité publique, un cas de figure concernant de nombreux États membres. Les États-Unis, l'Allemagne ou la Suisse observèrent en effet que différentes recommandations du code concernaient des domaines relevant de la compétence des entités territoriales les composant. Bien sûr, un tel dilemme est susceptible de concerner de nombreuses thématiques traitées dans le domaine des relations internationales.

A cet égard, le délégué norvégien rétorqua au cours des négociations qu'il était de la responsabilité de l'État d'assurer le dialogue avec ses autorités pour faire appliquer le code. Mais si la suggestion de recourir au dialogue peut être considérée comme permettant d'éviter une forme d'ingérence du gouvernement central au sein de ses entités, il n'en reste pas moins que l'objectif poursuivi est que l'entité compétente applique les principes promus par le code. Dès lors que le code de pratique est conçu comme un dispositif de gouvernement à distance de la part des États souverains, celui-ci peut ainsi être envisagé comme participant, dans une certaine mesure, à un élan de centralisation.

Les personnels de santé migrants

Les personnels de santé migrants ont pour particularité d'être dans le même temps objets et sujets du gouvernement. En tant que sujet du gouvernement toutefois, peu nombreux sont les articles du code s'adressant directement à ces personnels de santé. Un exemple peut néanmoins être trouvé avec l'article 4.2 affirmant que « *Les personnels de santé devraient faire preuve de franchise et de transparence au sujet d'éventuelles responsabilités juridiques qu'ils pourraient avoir* ». Cet ajout peut être compris comme une manière de renvoyer aux personnels de santé une part de la responsabilité ayant trait au recrutement. On retrouve ici l'idéal d'un sujet libre, participant volontairement à un déroulement éthique du recrutement international. Il peut toutefois être relevé que le code ne prévoit pas d'autre dispositif que des démarches d'information et de sensibilisation afin de donner corps à cette aspiration d'autogouvernement. On note également que le personnel de santé, dès lors qu'il est migrant, se voit ici endosser une forme de responsabilité dont est déchargé le personnel domestique, amené à être géré par les actions planificatrices de l'État.

La société civile

Il est finalement intéressant de relever le rôle ainsi que la capacité d'action que le code octroie aux acteurs de la société civile. Dans le cadre des dispositifs institutionnels de suivi du code prévus

(article 9), il est dit que « *le Secrétariat de l'OMS peut examiner des rapports établis par les acteurs stipulés à l'article 2.2 sur les activités liées à l'application du code* ». Malgré le fait que ce message s'adresse formellement à tous les types d'acteurs, les représentants de la société civile œuvrant à la défense des droits humains sont particulièrement susceptibles de tirer profit d'une telle possibilité. En effet, si diverses stratégies peuvent être poursuivies par les groupes de plaidoyer afin de faire valoir leurs vues (voir Keck and Sikkink 1999: 95), les démarches de responsabilisation qui visent à mettre en lumière l'écart entre les engagements pris par un type d'acteur et les pratiques effectives en constituent une essentielle. A l'instar des démarches ayant encouragé un rôle plus actif de la société civile lors des discussions sur le code (voir chapitre 8.4.1), on saisit ici le rôle de garde-fou attribué à cet acteur. En l'absence de mécanisme contraignant de mise en œuvre du code, la prévision d'un tel rempart symbolique apparaît comme un dispositif visant à donner du pouvoir à ce type d'acteur, principalement au détriment des États membres dont la bonne application du code serait soumise au crible. La pratique du *shadow reporting* fut d'ailleurs explicitement suggérée lors d'une réunion organisée par l'OMS suite à l'adoption du Code en vue d'en promouvoir la mise en œuvre (PO).

12.4.1.4 Conclusion

Il est apparu que les recommandations formulées par le code, d'une part s'adressaient à une grande variété d'acteurs et d'autre part, présentaient un caractère plus ou moins directif, tout en mobilisant à des degrés divers la marge de manœuvre laissée aux acteurs. Le mode de gouvernementalité incarné et véhiculé par cet instrument s'avère ainsi particulièrement complexe, hétérogène. Une constante reste néanmoins l'importante marge d'interprétation, permettant, *in fine*, aux différents types d'acteurs d'envisager l'instrument selon une perspective qui convienne à des intérêts divergents. Cette caractéristique, plus encore que le caractère volontaire du Code, apparaît comme un aspect décisif pour l'adoption unanime de l'instrument. Dans le même ordre d'idée, on peut également relever que selon qu'elles s'adressent aux personnels de santé domestiques ou migrants, les recommandations semblent suivre des rationalités politiques très différentes. A nouveau, le code qui ne précise pas si une solution politique est plus désirable qu'une autre, laisse une marge d'interprétation importante dans le choix de l'orientation politique à suivre.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

L'étude approfondie de la constitution du code de pratique de l'OMS a permis de mettre en lumière le contexte socio-historique dans lequel a pu émerger un tel instrument, les différents types d'acteurs ayant concouru à son élaboration, les enjeux éthiques qu'il s'est agi d'arbitrer ainsi que la manière dont la connaissance produite est intervenue sur la compréhension du phénomène des migrations internationales des personnels de santé. Il est ainsi apparu que l'intérêt porté à ce thème est né, de manière générale, dans le contexte des efforts entrepris afin d'atteindre les OMD liés à la santé, et plus particulièrement en lien avec les préoccupations croissantes concernant une pénurie mondiale en personnels de santé. Outre les gouvernements nationaux et l'OMS, qui furent les protagonistes officiels de l'élaboration du code, nous avons mis en évidence le rôle d'une gamme d'acteurs que nous avons qualifiés comme appartenant à une même communauté épistémique et dont les influences furent tant liées aux actions de plaidoyer et de persuasion qu'en la capacité de ses membres à se positionner comme des acteurs légitimes pour procurer un rôle interprétatif permettant de guider l'orientation du Code. Il est également apparu que si les discussions sur le code opposaient fréquemment le droit à la santé au principe de liberté de migrer, les dispositions étaient en fait débattues du point de vue de l'adhésion à des principes nationalistes ou au contraire, cosmopolites et questionnaient également le principe de l'économie de marché libérale. Enfin, nous avons vu que la prévalence de modèles explicatifs et descriptifs des migrations internationales des personnels de santé mettant tantôt en évidence le rôle des facteurs liés aux pays d'origine, tantôt le rôle des facteurs liés aux pays de destination, avait dans une large mesure contribué à définir les recommandations du code s'étant finalement imposées.

Alors que le système actuel de gouvernance des migrations internationales par les organisations internationales se caractérise par sa fragmentation ainsi que par la diversité de ses initiatives (Lowell 2005: 5), le Code de pratique de l'OMS apparaît comme un instrument qui se distingue par sa volonté de gérer les flux migratoires d'une catégorie de migrants qualifiés de façon à préserver l'intérêt de la population des pays d'origine. L'adhésion des États membres de la communauté internationale aux principes du code semble alors témoigner d'une tentative de surmonter une forme de paradoxe libéral. Hollifield a décrit un tel paradoxe comme la mise en tension d'une logique d'ouverture aux migrations voulue par le développement capitaliste et les forces économiques avec la fermeture induite par les forces politiques cherchant à préserver le contrat social (1992; 2004). Dans le même temps, les forces animées par le libéralisme politiques soutiendraient une meilleure défense des droits des migrants alors que le libéralisme économique supposerait une moindre régulation dans ce domaine. Le paradoxe libéral mettrait alors en lumière les contradictions inhérentes au libéralisme, qui est « *la philosophie politique et économique quintessentiellement moderne et une caractéristique déterminante de la globalisation* » (Hollifield 2004: 889). Le développement de la Convention internationale des droits des travailleurs migrants qui n'a pas été ratifiée par les pays de destinations des migrants les plus importants illustre pleinement ce paradoxe libéral.

Un paradoxe libéral comparable peut alors effectivement être observé concernant le cas des migrations internationales des personnels de santé : Ces mouvements ont été rendus possibles par le fait que de nombreux pays ont des dispositions législatives permettant, de manière générale, les migrations des personnels hautement qualifiés (Dumont and Zurn 2007: 194) et de plus, ils ont également été facilités et stimulés par l'expansion des agences privées de recrutement (Connell 2010: 116). Mais comme en témoigne l'existence du code de pratique, cette libéralisation des flux a également généré une demande de régulation.

Dans ce cas, l'argument présenté par Hollifield se voit quelque peu transformé. En effet, si l'auteur définit le libéralisme politique comme l'extension continue des droits civiques, politiques et sociaux à tous les membres de la société (Hollifield 1992: 6), ce sont toutefois les droits civiques des migrants qui se trouvent au cœur de son analyse. D'autres auteurs ont également évoqué des idées de "personne universelle" (*universal personhood*) (Soysal 1994), l'expansion des "droits à travers les frontières" (*rights accross borders*) (Jacobson 1995), et même de la "citoyenneté transnationale" (*transnational citizenship*) (Bauböck 1994), mais tous se sont intéressés aux droits des migrants, qu'il s'agisse de travailleurs temporaires en Europe (Soysal), de l'immigration illégale aux États-Unis (Jacobson) ou de manière générale, des résidents non-citoyens (Bauböck).

Le Code de pratique de l'OMS nous indique pour sa part une attention portée, non pas au droit des migrants, mais plutôt à la population des pays de provenance de ces migrants. Ce déplacement de l'attention des droits des migrants vers ceux des populations des pays d'origine peut néanmoins être considéré comme découlant des principes issus du libéralisme politique puisque c'est la même doctrine qui, plaçant les libertés de l'être humains comme valeur fondamentale, serait à l'origine de la création d'un régime international des droits de l'homme et du développement des droits accordés aux migrants au sein des pays hôtes. Le code de pratique de l'OMS témoigne ainsi d'une extension inédite des principes cosmopolites aux non-citoyens dans leur globalité.

Afin de saisir comment a émergé une telle conscience cosmopolite commune, nous avons vu que le développement du modèle de l'effet domino, ainsi que les discours responsabilisant accompagnant sa présentation, avaient joué un rôle essentiel en reconfigurant le mode de compréhension du phénomène. En effet, cette manière de décrire et schématiser les flux migratoires présente la particularité de mettre en évidence la chaîne de responsabilité liant les politiques des pays de destination aux conséquences du point de vue du droit à la santé dans les pays d'origine. Il apparaît que l'appel à une justice cosmopolite que suggère le modèle de l'effet domino se fonde principalement sur une approche relationnelle basée sur la mise en évidence des relations d'interdépendance entre les différents systèmes de santé nationaux créées par les migrations internationales des personnels de santé. Une telle approche se distingue alors des principes de bienfaisance relevant du bon-vouloir arbitraire des pays donateurs puisqu'elle énonce une forme de responsabilité à l'intention des pays de destination vis-à-vis des pays d'origine.

L'adhésion des États aux principes du code peut alors être mise en relation avec une redéfinition de l'intérêt national des pays de destination. Dans un système libéral politique, la préoccupation envers les non-citoyens peut en effet devenir une source importante de légitimité pour les États nations. Selon la théorie des impératifs fonctionnels de l'État élaborée par Boswell (2007), les États ayant développé une imagination morale et politique cosmopolite commune sont effectivement susceptibles de défendre le droit à la santé dans les pays d'origine afin de satisfaire une fonction d'équité définie à une échelle mondiale et d'ainsi asseoir leur légitimité.

Dans un contexte de mondialisation économique, des démarches de visibilisation des connections et des chaînes de responsabilité, telles que menées avec le développement du modèle de l'effet domino peuvent en fait être repérées dans de multiples domaines. Par exemple, Allen (2008) s'est intéressé aux mouvements de lutte pour l'amélioration des conditions de travail dans les *sweatshops* d'Asie du Sud-Est qui se sont développés en Europe ainsi qu'aux États-Unis. L'auteur explique comment, dans un contexte où le marché crée une distance entre consommateurs et producteurs, ces mouvements se sont attachés à traquer la ligne de responsabilité entre les premiers, qui achètent et portent les vêtements et les seconds, fournissant un travail « acharné » afin de produire ces biens dans des lieux éloignés.

Dans un autre registre, on peut aussi mentionner l'exemple de la Suisse, où, le 15 juillet 2013 est entré en vigueur le principe de responsabilité solidaire. Cette réglementation permet de faire répondre un entrepreneur contractant des infractions commises par ses sous-traitants en matière de conditions de travail et de salaire⁴⁴. Jusqu'alors, l'entrepreneur principal pouvait mettre en concurrence plusieurs sous-traitants et contracter celui lui proposant le prix d'ouvrage le plus bas, sans être inquiété des répercussions sur les conditions de travail de ses employés. Avec la nouvelle réglementation, si un entrepreneur confie une partie de son travail à un autre entrepreneur, le premier a la responsabilité d'assurer que le second offre des conditions de travail et de salaire minimales à ses employés. Une telle évolution législative traduit alors bien la prise de conscience d'une chaîne de responsabilité liant un entrepreneur aux conditions de travaux des employés de ses sous-traitants.

L'exemple des *sweatshops* décrit un cas de figure où les connections prennent une dimension internationale mais où la démarche de responsabilisation concerne plutôt la société civile. Au contraire, le principe de responsabilité solidaire se situe à un niveau national mais illustre un ancrage politique de la responsabilisation. Le cas du Code de pratique de l'OMS présente alors la particularité

⁴⁴ Concrètement, la mise en œuvre de la responsabilité solidaire est concrétisée dans l'ordonnance sur les travailleurs détachés en Suisse (RS 823.201; Odét).

d'associer les deux caractéristiques de responsabilisations politiques de dimensions internationales, raison pour laquelle nous évoquons un phénomène de cosmopolitisation des politiques publiques.

Le développement d'une volonté de défendre le droit à la santé dans les pays d'origine, en tant qu'expression du libéralisme politique, a alors donné lieu à un certain nombre de demandes. Les réclamations de compensations visant à réparer ce qui était considéré comme une injustice en constituèrent certainement la forme la plus prononcée. Dans la perspective d'agir sur la cause des migrations internationales, des demandes en faveur d'une meilleure autosuffisance en personnels de santé furent également formulées. Quant aux demandes de limitation du recrutement actif, elles s'inscrivaient plutôt dans la volonté d'agir sur le symptôme du problème. Mais comme le suggère le paradoxe libéral décrit par Hollifield, de telles tendances sont vouées à aller à l'encontre des forces économiques prônant un marché libre.

Dans le cas des migrations internationales des personnels de santé et de l'élaboration du Code de pratique, deux tendances s'opposant à la défense du droit à la santé peuvent plus précisément être distinguées. La première, qui fut explicitement et de façon récurrente formulée par les acteurs du débat, concerne la défense de la liberté de migrer. En ce sens, on peut saisir une forme de paradoxe libéral au sein même du libéralisme politique puisque ces principes relèvent tous deux des droits de l'individu. La seconde force concerne effectivement le libéralisme économique prônant une libre circulation au sein du marché. En fait, face au discours défendant le droit à la santé, l'argumentation basée sur la promotion du libéralisme économique s'est avérée particulièrement restreinte. On peut toutefois affirmer qu'il s'agissait là d'une contre-force, certes implicite, mais néanmoins avérée puisque correspondant à la pratique en cours. En d'autres termes, la volonté de préserver un ordre économique libéral permettant (dans la mesure de la volonté des États) une circulation libre des personnels de santé était également susceptible de s'opposer aux demandes liées à la défense du droit à la santé.

Le code de pratique de l'OMS, tant dans sa forme que par ses recommandations spécifiques, exprime alors le compromis trouvé par les pays dans leur tentative d'articuler ces différentes forces. Envisager le code comme la réponse commune apportée au paradoxe libéral apparu en lien avec les migrations internationales des personnels de santé permet en effet de mieux comprendre comment le consensus s'est établi autour de certaines recommandations, au détriment d'autres pistes possibles.

Il est ainsi apparu que le principe selon lequel les pays de destination pourraient procurer des compensations aux pays d'origine des personnels de santé recrutés, bien que constituant une demande centrale aux premières heures du Code, ne figura pas dans sa version finale. Si un argument financier semble a priori pouvoir expliquer la réticence des pays de destination à fournir de telles compensations, nous avons également vu qu'en suggérant qu'une faute ait été commise par les pays de destination, ce principe mettait en cause la légitimité de ces États dans leur adhésion au principe du

libéralisme économique. Le refus de mettre en place un système de compensations peut alors être interprété comme la volonté de maintenir un ordre économique libéral n'attribuant pas de connotation négative aux migrations internationales.

Par contre, l'idée de limiter le recrutement actif a bien été intégrée au code de pratique. Si celle-ci pourrait être interprétée comme une forme d'atteinte à la libre circulation du marché, nous avons également montré qu'une telle recommandation a contribué à renforcer le principe de liberté de migrer en refusant de restreindre le recrutement dit « passif ». L'emphase mise sur l'importance de préserver la liberté de migrer a ainsi contribué à objectiver ce droit ainsi qu'à en étendre la portée, notamment en le présentant comme une condition nécessaire pour l'accomplissement d'autres droits socio-économiques. Selon cette perspective et dès lors que la migration est envisagée comme permettant de maximiser l'utilité personnelle, la mobilisation du principe de liberté de migrer, au-delà de la défense d'une liberté individuelle, peut être considérée comme renvoyant à la promotion plus large du libéralisme économique. Finalement, la restriction du recrutement actif apparaît comme un principe incarnant bien l'ambiguïté du discours sur les migrations internationales des personnels de santé et le paradoxe libéral que nous avons évoqué.

Enfin, la promotion de l'autosuffisance en personnels de santé, dans les pays d'origine mais surtout dans les pays de destination, a constitué une des recommandations centrales du code. Cette recommandation fut appuyée par la mise en évidence de la responsabilité des pays de destination envers les pays d'origine. Mais conformément aux nuances formulées par Allen (2008: 48), le fait que ces pays puissent être tenus responsables (*politically responsible*) n'implique pas nécessairement qu'ils soient à blâmer (*to blame*). La promotion de l'autosuffisance semble ainsi revêtir une connotation normative plus neutre que le principe de compensation, ce qui explique qu'il ait fait l'objet d'une plus grande adhésion. Par ailleurs, les dernières discussions en lien avec ce principe laissaient plutôt entendre que se développait une conception mondialisée des ressources humaines pour la santé selon laquelle les pays devraient investir dans la formation de personnel de santé, que ce soit de façon domestique ou à l'étranger. Un tel point de vue autorise alors pleinement la libre circulation des personnels de santé. A nouveau, le principe consistant à promouvoir l'autosuffisance est emblématique du double impératif formulé à l'encontre de la communauté internationale de défense du droit à la santé, mais de façon conforme aux principes du libéralisme.

Au-delà de sa substance, il a également été vu que la forme du Code de pratique, en tant qu'instrument de portée globale mais de nature volontaire et non contraignante, constituait une composante à part entière de la solution formulée par les États en réponse au paradoxe libéral rencontré. D'un côté, la problématisation politique des migrations internationales des personnels de santé sous forme de script global mettant en relation l'ensemble des États appelait à une réponse politique coordonnée. Mais d'un autre côté, le système institutionnel de gouvernance globale demeure relativement faible, conférant une importante autonomie aux États dans la conduite de leurs politiques.

Le principe d'un code de pratique, en tant que dispositif de gouvernementalité néolibérale, est alors apparu comme le moyen de concilier ces demandes contradictoires. Les États restent ainsi des entités souveraines et légitimes, mais sont incités à mobiliser leur marge de manœuvre de manière à poursuivre les objectifs formulés par le code. Par ailleurs, le code s'adresse également directement à une myriade d'acteurs différents. Ce faisant, ceux-ci se voient institués en tant qu'unités d'action légitimes et responsables. Mais ici encore, une certaine ambiguïté règne en ce qui concerne le rôle que l'État est voué à endosser vis-à-vis de ces acteurs. Le code ne formulant pas de directive claire à ce sujet, des postures autant régulationnistes que libérales sont en fait envisageables. Nous avons alors vu que ce choix de laisser une importante latitude en la matière a notamment pour conséquence d'ouvrir de nouveaux champs d'action pour la société civile dès lors que celle-ci endosse un rôle de promotion de la mise en pratique du code.

Le code de pratique, en tant qu'instrument du gouvernement, engendre ainsi une certaine dispersion du pouvoir. Cette caractéristique tend d'ailleurs à rendre complexe l'évaluation de sa mise en œuvre. Si une telle démarche évaluative est hors de la portée de l'étude que nous avons menée, la question de l'impact du code sur les discours et pratiques des différents acteurs concernés nous paraît néanmoins constituer un thème de recherche particulièrement porteur. Par exemple, la littérature d'inspiration institutionnaliste a particulièrement mis en évidence le rôle de la saillance⁴⁵ des normes internationales dans les contextes domestiques pour en expliquer la diffusion (Cortell and Davis Jr 2000). Or, les observations liminaires effectuées concernant l'impact du code de pratique sur les discours et politiques de la Suisse ont laissé paraître d'intéressants résultats. Ainsi, alors que se développait sur la scène internationale un discours prévenant d'une pénurie mondiale en personnels de santé, les études informant des perspectives de démographie médicale en Suisse se sont multipliées. Face au constat d'une dépendance de longue date mais vouée à prendre une importance croissante (Obsan 2008; Obsan 2009; Ruedin, Widmer et al. 2010), un discours politique a émergé, mettant en avant l'idée de vulnérabilité découlant de cette dépendance. Par exemple, lors d'un débat au Conseil des États du 4 juin 2009, Pascal Couchepin, alors conseiller fédéral en charge du Département de l'Intérieur, affirma que « *Si un jour, par malheur, les Allemands pour une raison ou une autre, retournaient chez eux ou ne venaient plus chez nous, on aurait probablement un problème assez grave* ». Un tel discours peut paraître surprenant dans la mesure où, à notre connaissance, cette déclaration n'était pas fondée sur des informations avérées concernant de possibles modifications des flux de personnels de santé allemands vers la Suisse. Néanmoins, ce discours a ouvert la voie à l'adoption de mesures tangibles par les autorités suisses puisqu'il est prévu que 300 médecins supplémentaires soient formés chaque année à partir de 2018/2019 (Confédération Suisse and

⁴⁵ Sur la base de Cortell et Davis (2000), la saillance d'une norme peut être rapportée à sa légitimité au sein d'un contexte politique domestique, lequel est notamment défini par ses caractéristiques culturelles, ses institutions domestiques, ses intérêts, etc.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé 2012). La décision d'augmenter les effectifs domestiques fut ainsi largement dictée par la crainte d'une diminution possible de la disponibilité des personnels de santé étrangers. Selon ce raisonnement, il est dans l'intérêt de la Suisse d'augmenter son autosuffisance. Une hypothèse qu'il s'agirait de vérifier serait que ce raisonnement découle du discours global sur les migrations des personnels de santé transmis au niveau national par différents types d'acteurs (acteurs politiques et administratifs, ONG, médias, etc.), mais que ce discours aurait fait l'objet d'une appropriation et réinterprétation de la part de certains acteurs, mettant en avant l'intérêt national. Ce qui est intéressant, c'est que ce discours global ne semble pas correspondre à un intérêt national préexistant, mais semble plutôt avoir créé une nouvelle préoccupation, puisque la dépendance envers le personnel de santé étranger n'en est venue que récemment à être vue comme problématique. Des pistes de recherche semblent ainsi s'ouvrir en ce qui concerne l'impact du Code au niveau national. A cet égard, la poursuite d'une analyse centrée sur le discours nous paraît particulièrement à même de mettre à jour les mécanismes de circulation des normes internationales.

BIBLIOGRAPHIE

- Aalberts, T. E. (2012) 'Patterns of Global Governmentality and Sovereignty', *The Diffusion of Power in Global Governance: International Political Economy Meets Foucault*: 229.
- Abel-Smith, B. (1986) 'The world economic crisis. Part 2: health manpower out of balance', *Health Policy and Planning*, 1(4): 309-316.
- Abella, M. (2006) 'Global competition for skilled workers and consequences', *Competing for global talent*: 11-32.
- Abizadeh, A. and Gilabert, P. (2008) 'Is there a genuine tension between cosmopolitan egalitarianism and special responsibilities?', *Philosophical Studies*, 138(3): 349-365.
- Adler, E. and Haas, P. M. (1992) 'Conclusion: epistemic communities, world order, and the creation of a reflective research program', *International Organization*, 46(01): 367-390.
- Ahmad, O. B. (2005) 'Managing medical migration from poor countries', *British Medical Journal*, 2(331(7507)): 43-45.
- Akrich, M., Callon, M. and Latour, B. (1988) 'A quoi tient le succès des innovations', *Annales des Mines*, 4.
- Alkire, S. and Chen, L. (2004) 'Medical exceptionalism in international migration: should doctors and nurses be treated differently? Joint Learning Initiative', *Human Resources for Health and Development, The Global Equity Initiative, Harvard University Asia Center Working Paper*: 7-3.
- Allen, J. (2008) 'Claiming connections: a distant world of sweatshops', *Geographies of Globalization. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore: Sage Publications*.
- Alvesson, M. (2003) 'Methodology for close up studies—struggling with closeness and closure', *Higher Education*, 46(2): 167-193.
- Amy, D. J. (1984) 'Why Policy Analysis and Ethics Are Incompatible', *Journal of Policy Analysis and Management*, 3(4): 573-591.
- Anand, S. and Bärnighausen, T. (2004) 'Human resources and health outcomes: cross-country econometric study', *The Lancet*, 364(9445): 1603-1609.
- Andrijasevic, R. and Walters, W. (2012) 'L'Organisation internationale pour les migrations et le gouvernement international des frontières', *Cultures & Conflits*(4): 13-43.
- Audi, R. (2009) 'Nationalism, Patriotism, and Cosmopolitanism in an Age of Globalization', *The Journal of Ethics*, 13(4): 365-381.
- Bach, S. (2003) International migration of health workers: Labour and social issues. Geneva, International Labour Office.
- Bach, S. (2004) 'Migration patterns of physicians and nurses: still the same story?', *Bulletin of the World Health Organization*, 82(8): 624-625.
- Bader, V. (2005) 'The Ethics of Immigration', *Constellations*, 12(3): 331-361.
- Bader, V. (2005) 'Reasonable impartiality and priority for compatriots. A criticism of liberal nationalism's main flaws', *Ethical theory and moral practice*, 8(1): 83-103.
- Barkan, E. (2001) 'Between Restitution and International Morality', *Fordham International Law Journal*, 25(6): 46-63.
- Barkin, J.S. (2006) *International Organization: Theories and Institutions*, Palgrave Macmillan.
- Barnett, C. and Land, D. (2007) 'Geographies of generosity: Beyond the 'moral turn'', *Geoforum*, 38(6): 1065-1075.
- Barnett, C., Robinson, J., Rose, G. and University, O. (2008) 'Introduction', in (ed)^(eds) *Geographies of globalisation: a demanding world*. SAGE in association with the Open University.
- Beauchamp, T. (Fall 2008 Edition) The Principle of Beneficence in Applied Ethics. [The Stanford Encyclopedia of Philosophy](#), Zalta, Edward N.
- Benatar, S. R. (2005) Moral Imagination: The Missing Component in Global Health. [PLoS Medicine](#) 2,
- Betts, A. (2008) [Global Migration Governance](#). Global Migration Governance workshop, University College, Oxford.

Betts, A. (2010) 'Substantive issue-linkage and the politics of migration', in Bjola, C. and Kornprobst, M. (ed)^(eds)

Arguing Global Governance: Agency, Lifeworld, and Shared Reasoning. Routledge.

Bhargava, A. (2005) 'The AIDS epidemic and health care infrastructure inadequacies in Africa: a socioeconomic perspective', *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(2): 241-242.

Bhargava, A. and Docquier, F. (2008) 'Hiv pandemic, medical brain drain, and economic development in sub-saharan africa', *The World Bank Economic Review*, 22(2): 345-366.

Bhorat, H., Meyer, J.-B. and Mlatsheni, C. (2002) *Skilled Labour Migration from Developing Countries: Study on South and Southern Africa*. Geneva:

Black, R. (1996) 'Immigration and social justice: towards a progressive European immigration policy?', *Transactions of the Institute of British Geographers, New Series*, 21(1): 64-75.

Blake, M. (2008) International Justice. The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Zalta, Edward N.

Boidin, B. (2005) 'Droit à la santé et coopération internationale : les déficiences institutionnelles', *Mondes en développement*, 1(129): 75-92.

Boidin, B. (2005) 'La santé: approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains?', *Mondes en développement*, 3(131): 29-44.

Boli, J. and Thomas, G. M. (1997) 'World Culture in the World Polity: A Century of International Non-Governmental Organization', *American Sociological Review*, 62(2): 171-190.

Bonnefoy, L. (2011) 'Les révolutions sont-elles exportables? "L'effet domino" à la lumière du cas yéménite"', *Mouvements*, 2: 110-116.

Boswell, C. (2007) 'Theorizing Migration Policy, Is There a Third Way?', *International Migration Review*, 41(1): 75-100.

Boswell, C., Geddes, A. and Scholten, P. (2011) 'The Role of Narratives in Migration Policy-Making: A Research Framework', *The British Journal of Politics & International Relations*, 13(1): 1-11.

Bourgeault, G. (1998) 'Ethique et santé publique: à propos des conflits de valeurs', *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5(2): 225-240.

Briatte, F. (2011) La mise en plan de l'action publique: planification et instrumentation des politiques de santé publique. Les instruments de l'action publique: mise en discussion théorique, Sciences Po.

Brindle, D. (1999) Curb on poaching foreign nurses. The Guardian. London.

Brown, T. and Bell, M. (2008) 'Imperial or postcolonial governance? Dissecting the genealogy of a global public health strategy', *Social Science & Medicine*, 67(10): 1571-1579.

Brown, T. M., Cueto, M. and Fee, E. (2006) 'The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health', *American Journal of Public Health*, 96(1): 11.

Brown, W. (2004) 'Néo-libéralisme et la fin de la démocratie', *Vacarme*, 29(Automne).

Buchan, J., Seccombe, I. and Ball, J. (1994) "The international mobility of nurses: a United Kingdom perspective", *International Journal of Nursing Studies*, 31(2): 143-154.

Buchan, J. (2007) 'International Recruitment of Nurses: Policy and Practice in the United Kingdom', *Health Services Research*, 42(3 Pt 2).

Buchan, J., Gough, P. and Hutt, R. (2005) *Internationally Recruited Nurses in London. Profile and implications for policy*. London:

Buchan, J. and O'May, F. (1999) 'Globalisation and Healthcare Labour Markets: a case study from the United Kingdom', *Human resources for health development journal*, 3(3).

Buchan, J. and Sochalski, J. (2004) 'The migration of nurses: trends and policies', *Bulletin of the World Health Organization*, 82(8).

Bühlera, È. A., Cavaillé, F. and Gambino, M. (2006) 'Le jeune chercheur et l'interdisciplinarité en sciences sociales', *Natures Sciences Sociétés*, 14(4): 392-398.

Bundred, P. and Levitt, C. (2000) 'Medical Migration: Who are the Real Losers?', *The Lancet*, 356: 245-246.

Campbell, J. L. (2002) 'Ideas, Politics, and Public Policy', *Annual Review of Sociology*, 28(ArticleType: research-article / Full publication date: 2002 / Copyright © 2002 Annual Reviews): 21-38.

Caney, S. (2001) 'International Distributive Justice', *Political Studies Association*, 49: 974-997.

- Castillo-Laborde, C. (2011) 'Human resources for health and burden of disease: an econometric approach', *Human Resources for Health*, 9(1): 1-11.
- Castles, S. (2004) 'Why migration policies fail', *Ethnic and Racial Studies*, 27(2).
- Castles, S. (2008) Development and Migration - Migration and development: What comes first? Migration and development: Future directions for Research and Policy. Conference, S. S. R. C. 28 February - 1 March 2008. New York.
- Chatzistavrou, F. (2007) 'L'usage du soft law dans le système juridique international et ses implications sémantiques et pratiques sur la notion de règle de droit', *Le Portique* (en ligne) 15.
- Chen, L. C. and Boufford, J. I. (2005) 'Fatal Flows — Doctors on the Move', *New England Journal of Medicine*, 353(17): 1850-1852.
- Chung, R. (2007) 'Domination, vulnérabilité et inégalité d'accès aux soins de santé', *Philosophiques*, 34(1): 133-152.
- Clemens, M. (2007) *Do Visas Kill?: Health Effects of African Health Professional Emigration*. Center for Global Development.
- Clemens, M. (2009) 'Skill flow: A fundamental reconsideration of skilled-worker mobility and development'.
- Clemens, M. and Pettersson, G. (2006) 'A new database of health professional emigration from Africa'.
- Clemens, M. A. and Pettersson, G. (2008) 'New data on African health professionals abroad', *Human Resources for Health*, 6(1): 1-11.
- Cole, P. (2000) *Philosophies of exclusion: Liberal political theory and immigration*: Edinburgh Univ Pr.
- Confédération Suisse and Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2012) *Former d'avantage de médecins*. Berne: santé, D. d. l. p. n. d. l.
- Connell, J. (2007) *The International Migration of Health Workers: A Global Health System?:* Taylor & Francis.
- Connell, J. (2010) *Migration and the Globalisation of Health Care: The Health Worker Exodus?:* Edward Elgar Publishing, Incorporated.
- Connell, J., Zurn, P., Stilwell, B., Awases, M., et al. (2007) 'Sub-Saharan Africa: Beyond the health worker migration crisis?', *Social Science & Medicine*, 64(9): 1876-1891.
- Cooper, F. and Packard, R. (1998) *International Development and the Social Sciences: Essays on the History and Politics of Knowledge*: University of California Press.
- Cornelius, W. A., Martin, P. L. and Hollifield, j. F. (2004) 'Introduction: The Ambivalent Quest for Immigration Control', in Cornelius, W. A., Martin, P. L. and Hollifield, j. F. (ed)^(eds) *Controlling Immigration*. San Diego: Center for U.S.-Mexican Studies.
- Cortell, A. P. and Davis Jr, J. W. (2000) 'Understanding the domestic impact of international norms: A research agenda', *International Studies Review*, 2(1): 65-87.
- Cresswell, T. (2006) *On the Move: Mobility in the Modern Western World*: Routledge.
- Danon-Hersch, N. and Paccaud, F. (2005) *Future trends in human resources for health care: A scenario analysis*: [commande:] Service d'édition et de diffusion SED, Hospices/CHUV, Département universitaire de médecine et santé communautaires DUMSC.
- Dayton-Johnson, J. and Katseli, L. T. (2006) *Migration, aide et commerce: plus de cohérence en faveur du développement*.
- de Haas, H. (2008) *Migration and development: A theoretical perspective*. International Migration Institute. University of Oxford.
- Dean, M. (2010) *Governmentality : power and rule in modern society*. London; Thousand Oaks, Calif.: SAGE, 2010.
- Direction du développement et de la coopération - DDC "DDC Glossaire, "Pays prioritaires".
- Dolowitz, D. and Marsh, D. (1996) 'Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature', *Political Studies*, 44(2): 343-357.
- Dovlo, D. (2004) 'The brain drain in Africa: An emerging challenge to health professionals' education', *Journal of Higher Education in Africa*, 2(3): 1-18.
- Dumont, J.-C. and Lemaître, G. (2005) *Counting immigrants and expatriates in OECD countries: a new perspective*: OECD Paris.

- Dumont, J.-C. and Zurn, P. (2007) 'Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations des travailleurs hautement qualifiés', in (ed)^(eds) *Perspectives des migrations internationales*. 172-244.
- Dumont, J.-C., Zurn, P., Church, J. and Le Thi, C. (2008) *International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities*.
- Dury, S. and Fouilleux, E. (2011) 'La construction des politiques de sécurité alimentaire: institutions, discours, statistiques', *La lutte contre l'insécurité alimentaire au Mali: Réalités et faux semblants*: 69.
- Dussault, G. and Franceschini, M. C. (2006) Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health* **4**,
- Dussault, G., Fronteira, I. and Cabral, J. (2009) *Migration of health personnel in the WHO European Region*.
- Eastwood, J. B. and al. (2005) 'Loss of health professionals from sub-saharian Africa: The pivotal role of the U.K.', *The Lancet*, 365(9474): 1893-1900.
- Ethier, D. (2006) *Introduction aux relations internationales*.
- Fairclough, N. (2003) 'Analysing Discourse'.
- Farrant, M., MacDonal, A. and Sriskandarajah, D. (2006) 'Migration and Development: New Strategic Outlooks and Practical Ways Forward: The Cases of Angola and Zambia', in (ed)^(eds) *Migration for Development Within and Beyond Frontiers*. Geneva: International Organization for Migration, 381-437.
- Fassin, D. (2000) 'Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'oeuvre', *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7(1): 58-78.
- Fidler, D. P. (2001) 'The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy', *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9): 842-849.
- Fitzgerald, P. (2011) Les dispositifs juridiques internationaux de lutte contre la corruption des agents publics étrangers. *Centre de droit de politique comparés Jean-Claude Escarras*, Université du Sud Toulon-Var.
- Foucault, M. (1966) *Les mots et les choses*. Paris.
- Foucault, M. (1994) 'Interview (1972) La justice populaire', in (ed)^(eds) *Dits et écrits*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M., Ewald, F., Fontana, A. and Senellart, M. (2004) *Naissance de la biopolitique: cours au Collège de France (1978-1979)*: Gallimard.
- Foucault, M., Senellart, M., Ewald, F. and Fontana, A. (2004) *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*: Gallimard.
- Fouilleux E. (2000) 'Entre production et institutionnalisation des idées. La réforme de la politique agricole commune', *Revue française de science politique*, 50(2), 277-306.
- Fouilleux, È. (2009) 'À propos de crises mondiales', *Revue française de science politique*, 59(4): 757-782.
- Fraser, N. (2003) 'From Discipline to Flexibilization? Rereading Foucault in the Shadow of Globalization', *Constellations*, 10(2): 160-171.
- Frehywot, S., Mullan, F., Payne, P. W. and Ross, H. (2010) 'Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work?', *Bulletin of the World Health Organization*, 88: 364-370.
- Fresia, M. (2012) 'La fabrique des normes internationales sur la protection des réfugiés au sein du comité exécutif du HCR', *Critique internationale*(1): 39-60.
- Gagnon, R. (1994) 'La désintégration yougoslave : un cadre fertile pour la théorie des dominos?', *Études internationales*, 25(4): 763-779.
- Gates, S. and Hoeffler, A. (2004) 'Global aid allocation: Are Nordic donors different?'
- Geddes, A. (2003) 'Migration and the Welfare State in Europe', *The Political Quarterly*, 74: 150-162.
- Gerein, N., Green, A. and Pearson, S. (2006) 'The implications of shortages of health professionals for maternal health in sub-saharan Africa', *Reproductive Health Matters*, 14(27): 40-50.
- Gibney, M. J. (2001) 'The state of asylum: democratization, judicialization and evolution of refugee policy in Europe'.

- Global Commission on International Migration (2005) *Les migrations dans un monde interconnecté: nouvelles perspectives d'action. Rapport de la Commission mondiale sur les migrations*. Geneva:
- Greco, M. (2004) 'The politics of indeterminacy and the right to health', *Theory, Culture & Society*, 21(6): 1-22.
- Gutzwiller, F. (2009) Attractivité des études de médecine. [09.3210](#). suisse, L. A. f.-L. P. Conseil des Etats. **Interpellation**.
- Haas, E. B. (1980) 'Why Collaborate?: Issue-Linkage and International Regimes', *World Politics*, 32(3): 357-405.
- Haas, P. M. (1992) 'Banning chlorofluorocarbons: epistemic community efforts to protect stratospheric ozone', *International Organization*, 46(01): 187-224.
- Haas, P. M. (1992) 'Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination', *International Organization*, 46(1): 1-35.
- Hadlaw, J. (2003) 'The London Underground Map: Imagining Modern Time and Space', *Design Issues*, 19(1): 25-35.
- Hagopian, A., Ofosu, A., Fatusi, A., Biritwum, R., et al. (2005) 'The flight of physicians from West Africa: views of African physicians and implications for policy', *Social Science & Medicine*, 61(8): 1750-1760.
- Hall, D. (2004) 'Japanese spirit, Western economics: the continuing salience of economic nationalism in Japan', *New Political Economy*, 9(1): 79-99.
- Harvey, C. and Barnidge, R. P. (2007) 'Human Rights, Free Movement, and the Right to Leave in International Law', *International Journal of Refugee Law*, 19(1): 1-21.
- Herman, E. (2006) 'Migration as a Family business: The Role of Personal Networks in the Mobility Phase of Migration', *International Migration*, 44(4): 191-230.
- Hermele, K. (1997) 'The Discourse on Migration and Development', in Hammar, T., Brochmann, G., Tamas, K. and Faist, T. (ed)^(eds)
- International Migration, Immobility and Development: Multidisciplinary Perspectives*. Oxford: Berg.
- Hidalgo, J. S. (2012) 'The active recruitment of health workers: a defence', *J Med Ethics*, 00: 1-8.
- Hochschild, A. R. (2000) 'Global Care Chain and Emotional Surplus Value', in Hutton, W. and Giddens, A. (ed)^(eds)
- On the Edge : Living with Global Capitalism*. London: Jonathan Cape, 130-146.
- Hollifield, J. F. (1992) *Immigrants, markets, and states: the political economy of postwar Europe*: Harvard University Press.
- Hollifield, J. F. (2000) 'The Politics of International Migration. How Can We "Bring the State Back In"?', in Hollifield, C. B. B. a. J. F. (ed)^(eds)
- Migration Theory*. New York: Routledge.
- Hollifield, J. F. (2004) 'The Emerging Migration State', *International Migration Review*, 38(3): 885-912.
- Hrabanski, M. (2011) 'Souveraineté alimentaire', *Revue Tiers Monde*(3): 151-168.
- Ilcan, S. and Phillips, L. (2010) 'Developmentalities and Calculative Practices: The Millennium Development Goals', *Antipode*, 42(4): 844-874.
- Jacobson, D. (1996) 'Rights across borders: Immigration and the decline of citizenship'.
- Janin, P. (2010) 'La lutte contre l'insécurité alimentaire au Sahel: permanence des questionnements et évolution des approches*', *Cahiers Agricultures*, 19(3): 177-184.
- Jobert, B. and Muller, P. (1987) *L'Etat en action*: Paris, P.U.F.
- Jobert, B. (2003) 'Europe and the recomposition of national forums: the French case', *Journal of European Policy*, 10(3), 463- 477.
- Joint Learning Initiative (2004) *Human resources for health: overcoming the crisis*: Global Equity Initiative.
- Joppke, C. (1998) 'Why Liberal States Accept Unwanted Immigration', *World Politics*, 50(2): 266-293.
- Kaelin, L. (2011) 'A question of justice: Assessing nurse migration from a philosophical perspective', *Developing World Bioethics*, 11(1): 30-39.

Kalm, S. (2011) 'Liberalizing Movements? The Political Rationality of Global Migration Management', in Geiger, M. and Pecoud, A. (ed)^(eds)

The Politics of International Migration Management. Springer London, 21-44.

Kapur, D. and McHale, J. (2006) 'Should a Cosmopolitan Worry about the "Brain Drain"?', *Ethics and International Affairs*, 20(3): 305-320.

Kapur, D. and McHale, J. (2007) 'International Migration as an Alternative to Development Assistance'.

Kara Terki, A. (2010) La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public.

Kaul, I., Grunberg, I. and Stern, M. A. (1999) 'Defining Global Public Good', in Kaul, I., Grunberg, I. and Stern, M. A. (ed)^(eds)

Global Public Good. New York: UNDP.

Keck, M. E. and Sikkink, K. (1999) 'Transnational advocacy networks in international and regional politics', *International Social Science Journal*, 51(159).

Keeley, J. F. (1990) 'Toward a Foucauldian Analysis of International Regimes', *International Organization*, 44(1): 83-105.

Kenny, N. and Giacomini, M. (2005) 'Wanted: A New Ethics Field for Health Policy Analysis', *Health Care Analysis*, 13(4): 247-260.

Kingma, M. (2006) *Nurses on the Move: Migration And the Global Health Care Economy*: ILR Press/Cornell University Press.

Kirigia, J. M., Gbary, A. R., Muthuri, L. K., Nyoni, J., et al. (2006) 'The cost of health professionals' brain drain in Kenya', *BMC health services research*, 6(1): 89.

Kline, D. (2003) 'Push and pull factors in international nurse migration', *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2): 107-111.

Koser, K. (2010) 'Introduction: International Migration and Global Governance', *Global Governance*, 16, 301-315.

Kuypers, C. and Pang, E. F. (2006) *Competing for global talent*: International Labour Organization.

Labonté, R., Packer, C. and Klassen, N. (2006) Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada : a stakeholder inquiry into policy options. Human Resources for Health

Labouesse, F. and Casas, J. (1981) 'Regards froids sur l'agriculture soviétique', *Revue d'études comparatives Est-Ouest*: 121-142.

Lamont, J. and Favor, C. (2008) Distributive Justice. The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Zalta, Edward N.

Landy, F. (2006) 'Un milliard à nourrir'.

Lantz, K. (2007) 'Turning the Health Professional Carousel: is Canada Undermining Human Rights in Developing Countries?', *Paterson Review*, 8: 34-50.

Lapeyre, F. (2006) 'Objectifs du millénaire pour le développement—Points de vue critiques du Sud', *Alternative Sud*, 13(1).

Larner, W. (2000) 'Neo-liberalism: Policy, ideology, governmentality', *Studies in political economy*, 63(Autumn): 5-25.

Larner, W. and Walters, W. (2004) 'Introduction : global governmentality', in Routledge (ed)^(eds)

Global governmentality: governing international spaces. 261.

Latour, B. (2006) *Changer de société - Refaire de la sociologie*. Paris.

Lavenex, S. (2007) 'The competition state and highly skilled migration', *Society*, 44(2): 32-41.

Lee, E. S. (1966) 'A Theory of Migration', *Demography*, 3(1): 47-57.

Lee, K., McMichael, T., Butler, C., Ahern, M., et al. (2002) 'Global Change and Health — The Good, The Bad and The Evidence', *Global Change & Human Health*, 3(1): 16-19.

Lemke, T. (2007) 'An indigestible meal? Foucault, governmentality and state theory', *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, 8(2): 43-64.

Letourmy, A. (2000) 'Les politiques de santé en Europe: une vue d'ensemble', *Sociologie du travail*, 42: 13-30.

Lewis, J. R. (1986) 'International Labour Migration and Uneven Regional Development in Labour Exporting Countries', *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 77(1): 27-41.

- Lipietz, A. (1994) 'La notion de responsabilité et les relations internationales: l'exemple de l'effet de serre. Leçon à la Faculté de Droit et de Théologie de Bruxelles, 9 Février.', *Cahiers de l'Ecole des Sciences Philosophiques et Religieuses*, 16.
- Lowell, B. L. (2005) Policies and regulations for managing skilled international migration for work. United Nations Expert Group Meeting On International Migration And Development, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, New York.
- Löwenheim, N. (2009) 'A haunted past: requesting forgiveness for wrongdoing in International Relations', *Review of International Studies*, 35(03): 531-555.
- Mackintosh, M., Mensah, K., Henry, L. and Rowson, M. (2006) 'Aid, restitution and international fiscal redistribution in health care: implications of health professionals' migration', *Journal of international development*, 18(6): 757-770.
- Martineau, T., Decker, K. and Bundred, P. (2002) *Briefing note on international migration of health professionals: levelling the playing field for developing country health systems*.
- May, C. (2009) Common Sense and Discourse in the Political Economy of North-South Relations. 4th International Conference in Interpretive Policy Analysis "Discourse, Power and Politics", University of Kassel, Germany.
- Mayer, B. (2012) "Environmental Refugees"?: A critical Perspective on the Normative Discourse. Social Science Research Network 23
- McIntosh, T., Torgerson, R. a. and Klassen, N. (2007) *The Ethical Recruitment of Internationally Educated Health Professionals: Lessons from Abroad and Options for Canada*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks Inc.
- Mejia, A. (1978) 'Migration of Physicians and Nurses: a World Wide Picture', *International Journal of Epidemiology*, 7(3).
- Mejia, A., Pizurki, H. and Royston, E. (1979) *Physician and Nurse: analysis and policy implications, report on a WHO study*. Geneva: World Health Organization.
- Mensah, K. (2008) 'Responding to the Challenge of Migration of Health Workers: Rights, Obligations, and Equity in North/South Relations', *Global Social Policy*, 8(1): 9-11.
- Mensah, K., Mackintosh, M. and Henri, L. (2005) *The "Skills Drain" of Health Professionals from the Developing World: a Framework for Policy Formulation*. London:
- Mercer, H., Dal Poz, M., Adams, O., Stilwell, B., et al. (2003) 'Human Resources for Health: Developing Policy Options for Change', in Ferrinho, P. and Dal Poz, M. (ed)^(eds)
- Towards a Global Health Workforce Strategy*. De Brouwere.
- Merlingen, M. (2011) 'From Governance to Governmentality in CSDP: Towards a Foucauldian Research Agenda', *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 49(1): 149-169.
- Methmann, C. (2013) 'The sky is the limit: Global warming as global governmentality', *European Journal of International Relations*, 19(1): 69-91.
- Meyer, J.-B. (2001) 'The "brain drain", new aspects of the South/North exodus', *The Courier ACP-EU*, July-August: 46-48.
- Meyer, J.-B., Kaplan, D. and Charum, J. (2002) Scientific nomadism and the new geopolitics of knowledge. International Social Science Journal 53, 309-321
- Meyer, J. W. (1999) 'The Changing Cultural Content of the Nation-State: A World Society Perspective', in Steinmetz, G. (ed)^(eds)
- State/culture: state-formation after the cultural turn*. Cornell University Press, 123-146.
- Meyer, J. W., Boli, J., Thomas, G. M. and Ramirez, F. O. (1997) 'World Society and the Nation-State', *The American Journal of Sociology*, 103(1): 144-181.
- Miller, R. W. (2011) *Globalizing justice: The ethics of poverty and power*: Oxford Univ Pr.
- Mills, E. J., Kanters, S., Hagopian, A., Bansback, N., et al. (2011) 'The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis', *BMJ: British Medical Journal*, 343.
- Mills, E. J., Schabas, W. A., Volmink, J., Walker, R., et al. (2008) 'Should active recruitment of health workers from sub-Saharan Africa be viewed as a crime?', *Lancet*, 371(9613): 685-688.
- Muller, P. (1995) 'Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde. La construction du sens dans les politiques publiques - Débats autour de la notion de référentiels'. Faure, A., Pollet, G. and Warin, P. (dir). Paris: L'Harmattan, 153-179.

- Muula, A. S., Panulo, B. and Maseko, F. C. (2006) 'The financial losses from the migration of nurses from Malawi', *BMC nursing*, 5(1): 9.
- Narasimhan, V., Brown, H., Pablos-Mendez, A., Adams, O., et al. (2004) 'Responding to the global human resources crisis', *The Lancet*, 363(9419): 1469-1472.
- Nations Unies (2002) *International Migration Report*. New-York:
- Nations Unies (2008) *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, M. Paul Hunt. Genève:
- Newland, K. (2005) *The governance of international migration: mechanisms, processes and institutions*.
- Nicholson, C. T. M. (2010) Is the "Environmental Migration" nexus an Analytically Meaningful Subject for Research? Environmental Change and Migration: Form Vulnerabilities to Capabilities.
- Schade, J. and Faist, T. Bad Salzflun, Germany, COMCAD Arbeitspapiere - Working Papers. **104**.
- Nicole (2010) Les EMS emploient beaucoup de soignants formés à l'étranger. Revue spécialisée Curaviva.
- O'Brien, P. and O. Gostin, L. (2009) Health Worker Shortages and Inequalities: The Reform of United States Policy. Global Health Governance **2**,
- Obsan (2008) *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse - Projections à l'horizon 2030*. Neuchâtel:
- Obsan (2009) *Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*.
- OCDE (2008) *Études de l'OCDE sur les politiques de santé Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?*: OECD Publishing.
- OECD (2008) *The Looming Crisis in the Health Workforce : How Can OECD Countries respond?* Paris: OECD Publishing.
- OIM (2006) *Migrations et ressources humaines au service de la santé: De la prise de conscience à l'action*. Genève:
- OMS (1958) *Les dix premières années de l'Organisation mondiale de la Santé*. Genève:
- Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (2001) *Les Négociations Commerciales Multilatérales sur l'Agriculture - Manule de Référence - I - Introduction et Sujets Généraux*. Rome.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (2010) *La FAO au XXIème siècle: assurer la sécurité alimentaire dans un monde en constante évolution : résumé*: FAO.
- Ost, F. (1995) 'La responsabilité, fil d'Ariane du droit de l'environnement', *Droit et Société*, 30/31: 281-322.
- Padarath, A., Chamberlain, C., David, M., Ntuli, A., et al. (2003) *Health Personnel in Southern Africa: Confronting maldistribution and brain drain*.
- Pan American Health Organization (2009) Final Report. 144th Session of the Executive Committee, Washington, D.C., USA.
- Paroush, J. (1988) 'The Domino Effect and the Supervision of the Banking System', *The Journal of Finance*, 43(5): 1207-1218.
- Peyroux, É. (2012) 'Circulation internationale et construction sociale d'un «modèle» de gestion des services urbains: les city improvement districts à Johannesburg', *L'Espace géographique*(1): 68-81.
- Potte-Bonneville, M. (2010) 'Surveillance, contrôle, gouvernement: l'ADN du contemporain', *Multitudes*, 1(40): 68-76.
- Quivy, R. and Van Campenhoudt, L. (2006) *Manuel de recherche en sciences sociales*: Dunod.
- Radaelli, C. M. (2010) 'Récits (Policy narrative)', in Po, P. d. S. (ed)^(eds) *Dictionnaire des politiques publiques*. 548-554.
- Realizing Rights (2008) *Global Policy Advisory Council Recommendations Report. Recommendations on WHO's Draft Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*.
- Rentsch, H. and Pestalozzi, C. B. (2006) 'Liberté pour l'agriculture'.
- Revel, J. (2002) *Le vocabulaire de Foucault*: Ellipses Paris.
- Riedle, E. (2009) 'The human right to health: conceptual foundations', *Realizing the right to health*. Zurich: Rüffer and Rub: 21-40.
- Rist, G. (1996) 'Le développement: histoire d'une croyance occidentale'.

- Rist, G. (dir.) (2002) 'Les mots du pouvoir, sens et non-sens de la rhétorique internationale', *Nouveaux Cahiers de l'IUED*.
- Rojas, C. (2004) 'Governing through the social: representations of poverty and global governmentality', in Larner, W. and Walters, W. (ed)^(eds)
- Global governmentality: governing international spaces*. Routledge.
- Rose, N. and Miller, P. (2010) 'Political power beyond the state: problematics of government', *The British Journal of Sociology*, 61: 271-303.
- Rose, N. S. (1999) *Powers of freedom: Reframing political thought*: Cambridge Univ Pr.
- Ruedin, H. J., Widmer, M. and Gesundheitsobservatorium, S. (2010) *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse*: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Ruggie, J. G. (1975) 'International Responses to Technology: Concepts and Trends', *International Organization*, 29(3): 557-583.
- Ruhs, M. and Chang, H.-J. (2004) 'The Ethics of Labor Immigration Policy', *International Organization*, 58(Winter): 69-102.
- Schmidt, V. A. (2001) 'The politics of economic adjustment in France and Britain: when does discourse matter?', *Journal of European Public Policy*, 8(2): 247-264.
- Schmidt, V. A. (2005) 'L'Etat, l'économie et la protection sociale aux Etats-Unis et en Europe', *Critique internationale*, 2(27): 83-107.
- Schmidt, V. A. (2008) 'Délibération publique et discours de légitimation en France et en Grande-Bretagne face à l'intégration européenne', *Revue internationale de politique comparée*, 15(4): 555-571.
- Schmidt, V. A. (2008) 'Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse', *Annual Review of Political Science*, 11: 303-326.
- Schmidt, V. A. (2012) 'Scope, Dynamics, and Philosophical Underpinnings', *The Argumentative Turn Revisited: Public Policy as Communicative Practice*: 85.
- Schmidt, V. A. and Crespy, A. (2010) 'Néo-Institutionnalisme Discursif', in Bousaguet, L. (ed)^(eds) *Dictionnaire des politiques publiques*. Presses de Sciences Po "Références", 350-359.
- Schmidt, V. A. and Radaelli, C. M. (2004) 'Policy change and discourse in Europe: conceptual and methodological issues', *West European Politics*, 27(2): 183-210.
- Schwandt, F. (2009) 'Le régime canadien des organismes génétiquement modifiés: déterminants et conséquences d'un choix de société', in Battarbee, K. and Buchart, M. (ed)^(eds) *Dynamiques du Canada: Etudes sur les réalités contemporaines et du passé au Canada*. Etudes canadiennes en Europe.
- Schwegler, T. (2011) The World Bank and Social Security Reform in Mexico, in Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power, Shore, C., Wright, S. and Pero, D. (eds), 130-149.
- Schweigman, C. (2003) *La sécurité alimentaire: opportunité et responsabilité ou: l'illusion de l'acteur exclusif*: Centre for Development Studies, University of Groningen.
- Seglow, J. (2005) 'The Ethics of Immigration', *Political Studies Review*, 3(3): 317-334.
- Sending, O. J. and Neumann, I. B. (2006) 'Governance to governmentality: analyzing NGOs, states, and power', *International studies quarterly*, 50(3): 651-672.
- SI, S. (2006) 'The perverse subsidy: Canada and the brain drain of health professionals from sub-Saharan Africa', *Options Politiques*: 74.
- Shelton, D. (2008) 'Soft Law', in Armstrong, D. (ed) *Routledge Handbook of International Law*, 68-80.
- Singer, P. (1972) 'Famine, affluence, and morality', *Philosophy & Public Affairs*, 1(3): 229-243.
- Skeldon, R. (2008) 'International Migration as a Tool in Development Policy: A Passing Phase?', *Population and Development Review*, 34(1).
- Smith, D. M. (2000) 'Moral progress in human geography: transcending the place of good fortune', *Progress in Human Geography*, 24(1): 1-18.
- Soysal, Y. N. (1994) 'Limits of citizenship: migrants and postnational membership in Europe'.
- Spinatsch, M. (2003) *Coûts des études de médecine en Suisse*. Neuchâtel:
- Stauffacher, M. and Moser, C. (2010) 'A new epistemic community in nuclear waste governance? Theoretical reflections and empirical observations on some fundamental challenges', *Catalan Journal of Communication & Cultural Studies*, 2(2): 197-211.

- Stone, D. A. (1989) 'Causal stories and the formation of policy agendas', *Political science quarterly*, 104(2): 281-300.
- Stronge, W. J. (2004) *Impact Mechanics*: Cambridge University Press.
- Surel, Y. (2010) 'Approches cognitives', in Po, P. d. S. (ed)^(eds) *Dictionnaire des politiques publiques*. 90-98.
- Tan, K. C. (2002) 'Liberal nationalism and cosmopolitan justice', *Ethical theory and moral practice*, 5(4): 431-461.
- Taylor, S. (2005) 'From Border Control To Migration Management: The Case for a Paradigm Change in the Western Response to Transborder Population Movement', *Social policy & Administration*, 39(6).
- Théberge, M.-C. (2002) *Analyse de risques d'accidents technologiques majeurs*.
- Thomas-Hope, E. (2002) *Skilled Labour Migration from Developing Countries: Study on the Cariben Region*. Geneva: International Labour Organization.
- Tilly, C. and Tarrow, S. (2007) *Contentious Politics*: Paradigm Publishers.
- Urry, J. (2007) *Mobilities*: Polity.
- Vaughan, J. P., Fox, S., Yoswa, D. and Watson, M. (2011) *External evaluation of the Global Health Workforce Alliance (GHWA), Final report*. Oxford Policy Management.
- Verdun, A. (1999) 'The role of the Delors Committee in the creation of EMU: an epistemic community?', *Journal of European Public Policy*, 6(2): 308-328.
- Verlinden, A. (2005) 'From Migration Control to Migration Governance', in Szczepaniková, A., Čaněk, M. and Grill, J. (ed)^(eds) *Migration Processes in Central and Eastern Europe, Unpacking the Diversity*. Prague: Multicultural Center Prague, 72-76.
- Vertovec, S. (2007) *Circular Migration: the way forward in global policy?* Oxford, International Migration Institute, University of Oxford.
- Villar, C. (2006) *Le discours diplomatique*. Paris: L'Harmattan.
- Walzer, M. (1997) *Sphères de justice: une défense du pluralisme et de l'égalité*: Éd. du Seuil.
- Weiner, M. (1996) 'Ethics, National Sovereignty and the Control of Immigration', *International Migration Review*, 30(1): 171-197.
- WHO (2006) *The world health report 2006 : Working together for health*. Geneva: World Health Organization.
- Willets, A. and Martineau, T. (2004) "Ethical international recruitment of health professionals: Will code of practice protect developing country health systems?". from www.liv.ac.uk/lstm/research/documents/codesofpracticereport.pdf.
- Wood, D. (2010) *Rethinking the Power of Maps*: Guilford Publications.
- World Health Organization and OECD (2011) *OECD Reviews of Health Systems OECD Reviews of Health Systems : Switzerland 2011*.
- World Health Organization and World Trade Organization (2002) *Les accords de l'OMC [Organisation mondiale du commerce] et la santé publique: étude conjointe de l'OMS et du secrétariat de l'OMC*: Organisation mondiale de la santé, OMS.
- Wright, D., Flis, N. and Gupta, M. (2008) The 'Brain Drain' of physicians: historical antecedents to an ethical debate, c. 1960-79. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 3, 24
- Yeates, N. (2004) 'Global Care Chains', *International Feminist Journal of Politics*, 6(3): 369-391.
- Ypi, L. (2008) 'Justice in Migration: A Closed Borders Utopia?', *The Journal of Political Philosophy*, 16(4): 391-418.
- Zacher, M. W. (1999) 'Global epidemiological surveillance', *Global public goods: international cooperation in the*, 21: 266-284.

ANNEXES

LISTES DES ENTRETIENS

Pascal Zurn, Organisation mondiale de la Santé (Genève, Suisse) : **(Entretien n°1, OMS)**

Jean-Christophe Dumont, Organisation de Coopération et de Développement Economiques (Paris, France) : **(Entretien n°2, OCDE)**

Remco van de Pas, Wemos, (Amsterdam, Pays-Bas) : **(Entretien n°3, Wemos)**

Thomas Schwarz, Secrétaire du Réseau Medicus Mundi International, (Bâle, Suisse) et Martin Leschhorn, Membre de l'équipe de gestion de Medicus Mundi Switzerland, (Bâle, Suisse) : **(Entretien n°4, MMI)**

Bjarne Garden, Norwegian Agency for Development Cooperation, (Oslo, Norvège) : **(Entretien n°5, NORAD)**

Bengt Skotheim, Norwegian Directorate for Health, (Oslo, Norvège) : **(Entretien n°6, NDH)**

Sigrun Møgedal, Ministry of Foreign Affairs, (Oslo, Norvège) : **(Entretien n°7, MFA)**

Karin Harsløf Hjelde, Norwegian Center for Minority Health Research (Oslo, Norvège) : **(Entretien n°8, NCMHR)**

Mubashar Sheick, Global Health Workforce Alliance, (Genève, Suisse) : **(Entretien n°9, GHWA)**

Mireille Kingma, Conseil International des Infirmières, (Genève Suisse) : **(Entretien n°10, CII)**

Thor Erik Lindgren, Norwegian mission, (Genève, Suisse) : *Entretien préliminaire non enregistré*

PARTICIPATION À DES RÉUNIONS EN LIEN AVEC LE CODE

Deuxième Forum mondial sur les ressources Humaines pour la santé, 25 – 29 Janvier 2011, Bangkok, Thailand.

Experts meeting on the development of guidelines for the monitoring of the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 25 – 26 October 2010, Geneva.

OECD-WHO Technical Workshop: Monitoring Health Workforce Migration, OECD, Conference Center, Paris, 31 May – 1 June 2010.

63^e Assemblée mondiale de la Santé, 17 – 21 mai 2010, Genève.

126^{ème} Session du Conseil exécutif de l’OMS, 18-23 janvier 2010, Genève.

World Health Organization, European Regional Consultation on the Draft WHO code of Practice, Report, Geneva, Switzerland, 8 December 2009.

124^{ème} Session du Conseil exécutif de l’OMS, 19-26 janvier 2009, Genève.

Dialogue sur la migration et autres problématiques sur le personnel de santé dans une économie mondiale, Genève, 20-21 octobre 2008.

CORPUS DE TEXTES

Lorsqu'il l'a été possible, des sources françaises ont été utilisées. Lorsque les traductions n'étaient pas disponibles, les versions anglaises ont été utilisées.

VERSIONS SUCCESSIVES DU CODE DE PRATIQUE

- Projet pour examen, code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé, 2008.

http://www.who.int/entity/hrh/public_hearing/draft_code_fr.pdf

(Projet n°1, 2008)

- Organisation mondiale de la Santé, Conseil exécutif, Cent vingt-quatrième session, point 4.10 de l'ordre du jour provisoire, EB124/13, 4 décembre 2008, Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial, Rapport du Secrétariat.

www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_13-fr.pdf

(Projet n°2, 2008)

- Organisation mondiale de la Santé, Conseil exécutif, Cent vingt-sixième session, point 4.5 de l'ordre du jour provisoire, EB126/8, 3 décembre 2009, Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial, Rapport du Secrétariat.

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_8-fr.pdf

(Projet n°3, 2009)

RÉSOLUTIONS DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

- Cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé, Résolution WHA57.19 Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement, 2004.

www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-fr.pdf

(WHA57.19, Résolution code n°1, 2004)

- Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé, Résolution WHA58.17 Migrations internationales de personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement, 2005.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_17-fr.pdf

(WHA58.17, Résolution code n°2, 2005)

- Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, Résolution WHA59.23 Accélération de la production de personnels de santé, 2006.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/WHA59_R23-fr.pdf
(WHA59.23, Résolution code n°3, 2006)

PROCÈS-VERBAUX ET COMPTES RENDUS DE RÉUNIONS

- Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé, procès-verbaux et rapports des commissions, Genève, Commission B, première séance, jeudi 19 mai 2005, 9h15, Président : Dr J. Walcott (Barbade).
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC3/A58REC3-fr4.pdf
(WHA58, Procès-verbaux, 2005)
- Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, procès-verbaux et rapports des commissions, Genève, Commission A, première séance, mardi 23 mai 2006, 9h15, Président : Dr A. Ramadoss puis Dr K. Leppo.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC3/A59_REC3-fr3.pdf
(WHA59, Procès-verbaux, 2006)
- World Health Organization, Executive Board, 122nd Session, Geneva, 21-25 January 2008, Summary records.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB122-REC2/B122_REC_2-en.pdf
(EB122, Summary records, 2008)
- World Health Organization, Executive Board, 124th Session, Geneva, 19-26 January 2009, Summary records.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124-REC2/B124_REC2-en.pdf
(EB124, Summary records, 2009)
- Pan American Health Organization, World Health Organization, 144th Session of the Executive Committee, Washington DC, United States of America, 22 – 26 June 2009, Final Report.
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2912&Itemid=
(WHO Americas, Final report, 2009)
- Fifty-ninth Session of the WHO Regional Committee for Africa, Kigali, Republic of Rwanda, 31 August – 4 September 2009, Final Report.

http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3869

(WHO Africa, Final Report, 2009)

- Report of The Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Fifty-sixth Session, Fez, Morocco, 5-8 October 2009.

www.emro.who.int/docs/EM_RC56_11e_en.pdf

(WHO EMRO, Report, 2009)

- World Health Organization, European Regional Consultation on the Draft WHO code of Practice, Report, Geneva, Switzerland, 8 December 2009.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/103782/EURO_code_Practice.pdf

(WHO Europe, Meeting Report, 2009)

- World Health Organization, Executive Board, 126th Session, Geneva, 18-23 January 2010, Summary records.

https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/2361/1/B126_REC2-en.pdf

(EB126, Summary records, 2010)

RAPPORT ET DOCUMENTATION PRÉPARÉE PAR LE SECRÉTARIAT DE L'OMS

- Organisation mondiale de la Santé, Conseil exécutif, Cent quatorzième session, point 4.4 de l'ordre du jour provisoire, EB124/17, 29 avril 2004, Ressources humaines pour la santé, Rapport du Secrétariat.

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB114/B114_17-fr.pdf

(EB114, Rapport du Secrétariat, 2004)

- Organisation mondiale de la Santé, Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé, point 13.19 de l'ordre du jour provisoire, A58/23, 18 avril 2005, Mise en œuvre des résolutions (rapport de situation), Rapport du Secrétariat.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_23-fr.pdf

(A58, Rapport du Secrétariat, 2005)

- Organisation mondiale de la Santé, Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, point 11.12 de l'ordre du jour provisoire, A59.18, 4 mai 2006, Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les pays en développement, Rapport du Secrétariat.

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_18-fr.pdf

(WHA59, Rapport du Secrétariat, 2006)

- World Health Organization, Public hearings on the draft code of practice on the international recruitment of health personnel (page internet consultée le 7 août 2013).
http://www.who.int/hrh/public_hearing/en/index.html#
(WHO, Public hearings, 2008)
- Organisation mondiale de la Santé, Conseil exécutif, Cent vingt-quatrième session, point 4.10 de l'ordre du jour provisoire, EB124/13, 4 décembre 2008, Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial, Rapport du Secrétariat.
www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_13-fr.pdf
(EB124, Rapport du Secrétariat, 2008)
- Organisation mondiale de la Santé, Conseil exécutif, Cent vingt-quatrième session, point 4.10 de l'ordre du jour provisoire, EB124/Inf.doc./2, 11 décembre 2008, Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial, Synthèse du débat public
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_ID2-fr.pdf
(EB124, Synthèse débat, 2008)
- World Health Organization Europe, Regional Committee for Europe, fifty-ninth session, Copenhague, 14-17 September 2009, EUR/RC59/9.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/66977/RC59_edoc09.pdf
(WHO Europe, Report, 2009)
- Organisation mondiale de la Santé, Financement de la santé et couverture universelle, Qu'est-ce que la couverture universelle ? (page internet consultée le 7 août 2013)
http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/index.html
(OMS, Couverture universelle, 2013)

COMMENTAIRES DES PAYS APRÈS L'EB 126

- États-Unis
http://www.who.int/entity/healthsystems/workforce/United_States_of_America.pdf
(USA Comment, 2010)
- Suisse
<http://www.who.int/entity/healthsystems/workforce/Switzerland.pdf>
(Switzerland Comment, 2010)
- Union européenne
http://www.who.int/entity/healthsystems/workforce/European_Union.pdf

(European Union Comment, 2010)

- Nouvelle-Zélande : Comments received during the discussions in the EB126 on Agenda Item 4.45 International recruitment of health personnel: draft global code of practice, 20 January 2010.

(New Zealand Comment, 2010)

- Norvège

<http://www.who.int/entity/healthsystems/workforce/Norway.pdf>

(Norway Comment, 2010)

DOCUMENT LIÉS À LA COMMUNAUTÉ ÉPISTÉMIQUE

- High-Level Forum on the Health MDG, Geneva, 8-9 January 2004, Summary of discussions and agreed points.

<http://www.hlfhealthmdgs.org/>

(Health MDGs, Summary, 2004)

- Dialogue International sur La Migration N°9 - Migrations Et Ressources Humaines Au Service De La Santé: De La Prise De Conscience À L'Action

http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=redirect&action=url&goto=publications.iom.int%2Fbookstore%2Ffree%2FIDM_9_FR.pdf

(CMMI, Dialogue, 2006)

- Une nouvelle initiative pour trouver des solutions pratiques aux problèmes des migrations internationales des personnels de santé, 15 mai 2007, Genève, Note d'information aux médias.

<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np23/fr/>

(HWMPI, Note d'info, 2007)

- Health Worker Migration Initiative, Global Policy Advisory Council, Recommendations Report, Recommendations on WHO's Draft 'code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Prepared by Realizing Rights: The Ethical Globalisation Initiative, Secretariat for the Global Policy Advisory Council, October 2008.

(GPAC, Recommendations Report, 2008)

- World Health Organization Europe, Recruitment and retention of Health workers: Policy options towards global solidarity, Report of the WHO round table, Kampala, Uganda, 6 march 2008.

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/health-workforce/publications2/2008/recruitment-and-retention-of-health-workers,-report-from-the-kampala-round-table,-whoeurope-2008>

(Global Forum Kampala, 2008)

- Déclaration de Kampala et programme pour une action mondiale, Organisation mondiale de la santé et Alliance mondiale pour les personnels de santé, 2008.

<http://www.who.int/entity/workforcealliance/French.Kampala%20Declaration%20and%20Agenda.WEB.file.pdf>

(Déclaration Kampala, 2008)

- Global Policy Advisory Council, 5th Meeting of the Health Workers Migration Initiative's Global Policy Advisory Council, Meeting Report, 4 February 2009.

(GPAC, Meeting Report, 2009)

- Honouring the Human Rights to Health and Freedom of Movement, Realizing Rights, Global Policy Advisory Council Secretariat, Health Worker Migration Initiative, May 2, 2009.

http://www.who.int/entity/workforcealliance/about/taskforces/migration/MigrationTaskForce_techbrief.pdf

(HWMI, Technical brief, 2009)

- Analysis of Revisions to the WHO code of Practice on International Recruitment of Health Personnel, 27 October 2009 Version, Report to the Council, Prepared by Health Worker Migration Global Advisory Policy Council Secretariat, November 24, 2009

(HWMI, Analysis of revisions, 2009 / 1)

- The WHO code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, An overview of Revisions to the Draft for EB 126, November 12, 2009)

(HWMI, Analysis of revisions, 2009 / 2)

- US Leadership on Health Worker Migration : Scaling up the Domestic Health Workforce and Strengthening Health Systems in Sending Nations, Memorandum to President Obama from Health Worker Migration Global Policy Advisory Council Members, June 15 2009.

http://www.realizingrights.org/pdf/Memo_to_President_Obama_June09.pdf

(HWMI, Memorandum, 2009)

- Input to the WHO Non-Paper on Health Worker Migration, Balancing the Human Rights to Health and Freedom of Movement, Health Worker Migration Initiative, Global Policy Advisory Council Secretariat, February 2009.

http://www.who.int/entity/workforcealliance/about/taskforces/migration/MigrationTaskForce_techbrief.pdf

(HWMI, Input, 2009)

- Health Workforce Advocacy Initiative (HWAI), Response Letter, January 14, 2010.

http://www.who.int/entity/workforcealliance/knowledge/themes/migration/jan2010_hwaitter_code.pdf

(HWAI, Letter, 2010)

RAPPORTS DE RECHERCHE

- Joint Learning Initiative, 2004, Human resources for health: overcoming the crisis, Global Equity Initiative.

www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf

(JLI Report, 2004)

- Organisation mondiale de la Santé, 2006, Travailler ensemble pour la santé, rapport sur la santé dans le monde 2006.

www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf

(OMS, 2006)

- OCDE, 2007, Perspectives des migrations internationales, Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE, Sopemi, Edition 2007.

www.oecd.org/fr/els/mig/41515734.pdf

(OCDE, 2007)

- OCDE, 2008, Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE Comment répondre à la crise imminente ?

(OCDE, 2008)

- Synthèse sur la migration internationale des personnels de santé, OCDE/OMS, février 2010.

<http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/44786070.pdf>

(OCDE, Fiche de synthèse, 2010)

DOCUMENTS NATIONAUX

Angleterre

- Department of Health, Guidance on International Nursing Recruitment, England, Department of Health, November 1999.

(DH, Recommendations 1999)

- Department of Health, Code of Practice for NHS Employers Involved in International Recruitment of Healthcare Professionals. England.

- http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006781?IdcService=GET_FILE&dID=6377&Rendition=Web

(DH, Code, 2001)

- Code of Practice for the international recruitment of healthcare professionals, Department of Health, December 2004.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4097730

(DH, Code, 2004)

- Commonwealth code of Practice for the International Recruitment of Health Workers adopté en 2003.

http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/%7B7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A%7D_CommonwealthCodeofPractice.pdf

Norvège

- A proposal for measures under Norwegian foreign and international development policy to address the global health workforce crisis, Report from the working group chaired by the Ministry of Foreign Affairs, Oslo, February 2009

(Norwegian report, 2009 / 1)

- Recruitment of Health Workers: Towards Global Solidarity, Report to the Ministry of Care and Health Services, The Directorate of Health and Social Affairs (non daté)

(Norwegian report, 2009 / 2)

Pays-Bas

- Wemos, 2010, Chances for changes, Dutch measures to improve the global distribution of health personnel.

http://www.wemos.nl/Eng/publications_2010_chances_for_changehrh.htm

(Wemos, 2010)

DIVERS

- G8 Hokkaido Toyako Summit Leaders Declaration, Hokkaido Toyako, 8 July 2008.
http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/doc080714_en.html
(G8, 2008)
- G8 Aquila Summit Leaders Declaration, Aquila (Italy), 8 - 10 July 2009.
(G8, 2009)
- Déclaration Ministérielle du Conseil économique et social des Nations Unies se tenant du 6 au 10 juillet 2009.
(Déclaration ministérielle, 2009)



WHA63.16 - Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet révisé de code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé, annexé au rapport du Secrétariat intitulé « Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial »¹ ;

1. ADOPTE, conformément à l'article 23 de la Constitution, le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;
2. DÉCIDE que le premier examen de l'utilité et de l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé sera effectué par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de fournir tout l'appui possible aux États Membres, à leur demande, pour l'application du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;
 - 2) de coopérer avec tous les acteurs concernés par l'application et le suivi de l'application du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;
 - 3) d'élaborer rapidement, en concertation avec les États Membres, des lignes directrices concernant les ensembles de données minimums, l'échange d'informations et les rapports sur l'application du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;

¹ Document AG3/8.

- 4) dans le cadre de l'établissement de rapports périodiques, de faire des propositions, si besoin est, quant à la révision du texte du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé à la lumière du premier examen et quant aux mesures nécessaires à sa bonne application.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –
Commission A, quatrième rapport)

ANNEXE

Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé¹

Préambule

Les États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé :

Rappelant la résolution WHA57.19 dans laquelle l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général d'élaborer un code de pratique non contraignant pour le recrutement international des personnels de santé en consultation avec tous les partenaires concernés ;

Donnant suite aux appels figurant dans la Déclaration de Kampala, adoptée au Premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (Kampala, 2-7 mars 2008) et dans les communiqués du G8 de 2008 et de 2009 qui encouragent l'OMS à accélérer l'élaboration et l'adoption d'un code de pratique ;

Conscients de la pénurie mondiale de personnels de santé et reconnaissant que des effectifs suffisants et disponibles de personnels de santé sont un élément fondamental d'un système de santé intégré et efficace et pour la fourniture des services de santé essentiels ;

Profondément préoccupés par la grave pénurie de personnels de santé notamment hautement qualifiés et formés, dans de nombreux États Membres, qui compromet gravement la performance des systèmes de santé et l'aptitude de ces pays à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres objectifs de développement convenus au niveau international ;

Soulignant que le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé sera un élément crucial de la réponse apportée aux niveaux bilatéral, régional et mondial aux problèmes que posent les migrations des personnels de santé et le renforcement des systèmes de santé ;

Sont DONC convenus des articles ci-après, sur lesquels il est recommandé de fonder toute action.

¹ Voir la résolution WHA63.16.

Article 1 – Objectifs

Le présent Code a pour objectifs :

- 1) de définir et de promouvoir des principes et des pratiques non contraignants pour le recrutement international éthique des personnels de santé en tenant compte des droits, des obligations et des attentes des pays d'origine, des pays de destination et des personnels de santé migrants ;
- 2) de servir de référence aux États Membres pour instaurer le cadre juridique et institutionnel requis pour le recrutement international des personnels de santé ou pour l'améliorer ;
- 3) de donner, au besoin, des indications utiles pour élaborer et appliquer des accords bilatéraux et d'autres instruments juridiques internationaux ;
- 4) de faciliter et d'encourager un débat international et de développer la coopération sur les questions liées au recrutement international éthique des personnels de santé dans le cadre du renforcement des systèmes de santé, en se concentrant plus particulièrement sur la situation des pays en développement ;

Article 2 – Nature et portée

2.1 Le Code n'est pas contraignant. Les États Membres et les autres acteurs sont vivement encouragés à l'utiliser.

2.2 De portée mondiale, le Code est destiné à servir de guide aux États Membres dans leur collaboration avec des acteurs tels que les personnels de santé, les recruteurs, les employeurs, les organisations de professionnels de la santé, les recruteurs, les organisations régionales et mondiales intéressées, qu'elles soient publiques ou privées, y compris non gouvernementales, et toutes les personnes concernées par le recrutement international des personnels de santé.

2.3 Le Code énonce des principes éthiques applicables au recrutement international des personnels de santé de façon à renforcer les systèmes de santé des pays en développement, des pays à économie en transition et des petits États insulaires.

Article 3 – Principes directeurs

- 3.1 La santé de tous les peuples est fondamentale pour l'instauration de la paix et de la sécurité et dépend de la plus entière coopération des individus et des États. Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leur population, dont ils ne peuvent s'acquitter que par la mise en place de mesures sanitaires et sociales adéquates. Les États Membres devraient tenir compte du Code, selon les besoins, lorsqu'ils élaborent leurs politiques de santé nationales et lorsqu'ils coopèrent les uns avec les autres.
- 3.2 Il est indispensable de remédier aux pénuries actuelles et attendues de personnels de santé pour protéger la santé dans le monde. Si le recrutement est bien géré, les migrations internationales de personnels de santé peuvent contribuer utilement au développement et au renforcement des systèmes de santé. Il est cependant souhaitable de fixer des principes internationaux non contraignants et de coordonner les politiques nationales en matière de recrutement international des personnels de santé pour promouvoir des cadres qui permettent de renforcer équitablement les systèmes de santé partout dans le monde, d'atténuer les effets négatifs des migrations des personnels de santé sur les systèmes de santé des pays en développement et de protéger les droits des personnels de santé.
- 3.3 Les besoins et la situation propres à chaque pays devraient être pris en considération, en particulier ceux des pays en développement et des pays à économie en transition particulièrement vulnérables aux pénuries de personnels de santé et/ou dont les moyens d'appliquer les recommandations du présent Code sont limités. Les pays développés devraient, dans la mesure du possible, fournir une assistance technique et financière aux pays en développement et aux pays à économie en transition afin de renforcer les systèmes de santé, y compris sur le plan du développement des personnels de santé.
- 3.4 Les États Membres devraient tenir compte du droit des populations des pays d'origine à posséder le meilleur état de santé qu'elles sont capables d'atteindre, des droits individuels des personnels de santé de quitter tout pays, conformément au droit applicable, afin d'atténuer les effets négatifs et de renforcer les effets positifs des migrations sur les systèmes de santé

des pays d'origine. Aucune disposition du présent Code ne devrait toutefois être interprétée comme restreignant la liberté des personnels de santé, conformément au droit applicable, d'émigrer dans des pays qui souhaitent les accueillir et les employer.

- 3.5 Le recrutement international des personnels de santé devrait être conduit dans le respect des principes de transparence, d'équité et de promotion de systèmes de santé durables dans les pays en développement. Les États Membres, conformément à leur législation nationale et aux instruments juridiques internationaux applicables auxquels ils sont parties, devraient promouvoir et respecter des pratiques justes en matière d'emploi pour tous les personnels de santé. À tous égards, l'emploi des personnels de santé migrants et le traitement qui leur est appliqué devraient être exempts de toute distinction illégale quelle qu'elle soit.
- 3.6 Les États Membres devraient s'efforcer, dans la mesure du possible, de former des effectifs de personnels de santé pérennes et d'instaurer des stratégies efficaces de planification, d'éducation et de formation, et de fidélisation des personnels de santé pour avoir moins besoin de recruter des personnels de santé migrants. Les politiques et les mesures visant à renforcer les personnels de santé devraient être adaptées aux conditions propres à chaque pays et intégrées dans les programmes de développement nationaux.
- 3.7 Il est indispensable de rassembler des données nationales et internationales, de faire des recherches et d'échanger des informations sur le recrutement international des personnels de santé pour atteindre les objectifs du présent Code.
- 3.8 Les États Membres devraient faciliter les migrations circulaires des personnels de santé de sorte que les compétences et les connaissances puissent être obtenues dans l'intérêt des pays d'origine et de destination.

Article 4 – Responsabilités, droits et pratiques de recrutement

- 4.1 Les personnels de santé, les organisations de professionnels de la santé, les conseils professionnels et les recruteurs devraient s'efforcer de coopérer

pleinement avec les responsables de la réglementation et les autorités nationales et locales dans l'intérêt des patients, des systèmes de santé et de la société en général.

4.2 Les recruteurs et les employeurs devraient, dans la mesure du possible, être informés et tenir compte des responsabilités juridiques des personnels de santé vis-à-vis du système de santé de leur pays, par exemple au titre d'un engagement à des conditions justes et raisonnables, et ne pas chercher à recruter. Les personnels de santé devraient faire preuve de franchise et de transparence au sujet d'éventuelles responsabilités juridiques qu'ils pourraient avoir.

4.3 Les États Membres et les autres acteurs devraient être conscients que des pratiques de recrutement international conformes à l'éthique offrent aux personnels de santé la possibilité d'apprécier les avantages et les risques que présentent les postes à pourvoir et de prendre des décisions éclairées en temps voulu.

4.4 Les États Membres devraient, dans la mesure du possible conformément au droit applicable, faire en sorte que les recruteurs et les employeurs observent des pratiques contractuelles justes et équitables quand ils emploient des personnels de santé migrants et que ces derniers ne fassent pas l'objet de pratiques illégales ou frauduleuses. Les personnels de santé migrants devraient être engagés, promus et rémunérés d'après des critères objectifs tels que les compétences, le nombre d'années d'expérience et les responsabilités professionnelles, selon le principe d'égalité de traitement avec les personnels de santé formés localement. Les recruteurs et les employeurs devraient fournir aux personnels de santé migrants des informations exactes et pertinentes sur tous les postes qui leur sont offerts.

4.5 Les États Membres devraient veiller à ce que, compte tenu du droit applicable, y compris les instruments juridiques internationaux auxquels ils sont parties, les personnels de santé migrants aient les mêmes droits et responsabilités juridiques que les personnels de santé formés localement, quelles que soient les conditions d'emploi et de travail.

4.6 Les États Membres et autres acteurs devraient prendre des mesures visant à ce que les personnels de santé migrants bénéficient de possibilités et d'incitations leur permettant d'améliorer leur formation professionnelle, leurs compétences et leur carrière, sur une base d'égalité de traitement avec les personnels de santé formés localement, sous réserve du droit applicable. Tous les personnels de santé migrants devraient avoir accès à des programmes appropriés d'orientation et de préparation à l'entrée en fonctions qui leur permettent d'exercer leur activité efficacement et en toute sécurité au sein du système de santé du pays de destination.

4.7 Les recruteurs et les employeurs devraient comprendre que le Code s'applique de la même façon aux personnes recrutées à titre temporaire ou permanent.

Article 5 – Développement des personnels de santé et pérennité des systèmes de santé

5.1 Conformément au principe directeur énoncé à l'article 3 du présent Code, les systèmes de santé tant des pays d'origine que des pays de destination devraient retirer des avantages des migrations internationales des personnels de santé. Les pays de destination sont encouragés à collaborer avec les pays d'origine pour pérenniser et promouvoir, selon les besoins, le développement et la formation des ressources humaines pour la santé. Les États Membres devraient décourager le recrutement actif de personnels de santé des pays en développement confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé.

5.2 Les États Membres devraient se servir du présent Code comme d'un guide lorsqu'ils mettent en place des dispositifs bilatéraux, régionaux ou multilatéraux pour promouvoir la coopération et la coordination internationales en matière de recrutement international des personnels de santé. Ces dispositifs devraient prendre en compte les besoins des pays en développement et des pays à économie en transition moyennant des mesures appropriées, par exemple la fourniture d'une aide technique efficace et appropriée, un appui pour fidéliser les personnels de santé, la reconnaissance sociale et professionnelle des personnels de santé, un appui à la formation dans les pays d'origine adapté au profil épidémiologique de

ces pays, le jumelage d'établissements de santé, un appui pour renforcer les moyens de mettre en place des cadres réglementaires appropriés, l'accès à une formation spécialisée, le transfert de technologie et de compétences et l'aide au retour dans le pays d'origine, qu'il soit temporaire ou permanent.

5.3 Les États Membres devraient reconnaître l'utilité, tant pour leur système de santé que pour les personnels eux-mêmes, des échanges professionnels entre pays et des possibilités de se former et de travailler à l'étranger. Qu'ils soient pays d'origine ou de destination, les États Membres devraient encourager et aider les personnels de santé à mettre l'expérience qu'ils ont acquise à l'étranger au service de leur pays d'origine.

5.4 Étant donné l'importance capitale des personnels de santé pour la continuité des systèmes de santé, les États Membres devraient prendre des mesures efficaces pour former, fidéliser et pérenniser un personnel de santé adapté aux conditions propres à chaque pays, y compris dans les zones les plus démunies, et planifier les ressources humaines en se fondant sur des données factuelles. Tous les États Membres devraient s'efforcer de répondre, dans la mesure du possible, à leurs besoins en personnels de santé au moyen de leurs propres ressources humaines.

5.5 Les États Membres devraient envisager de renforcer les établissements d'enseignement afin d'améliorer la formation des personnels de santé et d'élaborer des programmes de formation innovants qui tiennent compte des besoins de santé actuels. Les États Membres devraient prendre des mesures pour faire en sorte qu'une formation appropriée soit dispensée dans les secteurs public et privé.

5.6 Les États Membres devraient envisager d'adopter et de mettre en œuvre des mesures efficaces visant à garantir le renforcement des systèmes de santé, la surveillance continue du marché du travail dans le secteur de la santé et la coordination entre tous les acteurs afin de constituer et de fidéliser des effectifs de personnels de santé pérennes qui répondent aux besoins sanitaires de leur population. Les États Membres devraient adopter une approche multisectorielle pour aborder ces problèmes dans le cadre des politiques nationales de santé et de développement.

5.7 Les États Membres devraient envisager d'adopter des mesures pour remédier à la mauvaise répartition géographique des personnels de santé et s'efforcer de les attirer dans les zones sous-desservies, par exemple des mesures éducatives, des incitations financières, des mesures réglementaires et un appui professionnel.

Article 6 – Collecte de données et recherche

6.1 Les États Membres devraient être conscients qu'il faut s'appuyer sur des données factuelles solides pour élaborer des politiques et des plans efficaces en matière de recrutement des personnels de santé.

6.2 En tenant compte des caractéristiques des systèmes de santé nationaux, les États Membres sont encouragés à mettre sur pied ou renforcer, selon le cas, et tenir à jour des systèmes d'information sur les personnels de santé, y compris sur les migrations des personnels de santé et leurs effets sur les systèmes de santé. Les États Membres sont encouragés à rassembler, analyser les données et à s'en servir pour élaborer des politiques et des plans efficaces en matière de personnels de santé.

6.3 Les États Membres sont encouragés à mettre sur pied des programmes de recherche sur les migrations des personnels de santé, ou à les renforcer selon le cas, et à coordonner ces programmes dans le cadre de partenariats nationaux, infranationaux, régionaux et internationaux.

6.4 L'OMS est encouragée à veiller, dans la mesure du possible et en collaboration avec les organisations internationales concernées et les États Membres, à ce que des données comparables et fiables soient produites et recueillies conformément aux paragraphes 6.2 et 6.3 ci-dessus aux fins de suivi permanent, d'analyse et d'élaboration de politiques.

Article 7 – Échange d'informations

7.1 S'il y a lieu et sous réserve des dispositions du droit national, les États Membres sont encouragés à promouvoir l'instauration ou le renforcement d'un échange d'informations sur les migrations internationales des personnels de santé et les systèmes de santé, aux niveaux national et

international, par l'intermédiaire des organismes publics, des instituts universitaires et de recherche, des organisations de professionnels de la santé et des organisations infrarégionales, régionales et internationales, qu'elles soient gouvernementales ou non gouvernementales.

7.2 Pour promouvoir et faciliter l'échange d'informations en rapport avec le présent Code, chaque État Membre devrait, dans la mesure du possible :

- a) constituer progressivement et tenir à jour une base de données sur les lois et les réglementations en matière de recrutement et de migration des personnels de santé et, s'il y a lieu, sur leur application ;
- b) constituer progressivement et tenir à jour une base de données rassemblant les données des systèmes d'information sur les personnels de santé mis sur pied conformément à l'article 6.2 ; et
- c) communiquer tous les trois ans au Secrétariat de l'OMS les données recueillies en application des paragraphes a) et b) ci-dessus, en commençant par un premier rapport dans les deux ans suivant l'adoption du Code par l'Assemblée de la Santé.

7.3 À des fins de communication internationale, chaque État Membre devrait, selon les besoins, désigner une autorité nationale chargée de l'échange d'informations concernant les migrations des personnels de santé et la mise en œuvre du Code. Les États Membres qui désignent une telle autorité devraient en informer l'OMS. L'autorité nationale désignée devrait être habilitée à communiquer directement, ou selon les modalités prévues par la législation ou la réglementation nationale, avec les autorités nationales désignées des autres États Membres, ainsi qu'avec le Secrétariat de l'OMS et les autres organisations régionales et internationales concernées, et à présenter des rapports et d'autres informations au Secrétariat de l'OMS en vertu du paragraphe 7.2.c) ci-dessus et de l'article 9.1.

7.4 L'OMS établira, tiendra à jour et publiera un registre des autorités nationales désignées en vertu du paragraphe 7.3 ci-dessus.

Article 8 – Application du Code

8.1 Les États Membres sont encouragés à diffuser et appliquer le Code en collaboration avec tous les acteurs stipulés à l'article 2.2, conformément aux responsabilités nationales et infranationales.

8.2 Les États Membres sont encouragés à intégrer le Code dans les lois et politiques applicables.

8.3 Les États Membres sont encouragés à consulter, selon les besoins, tous les acteurs stipulés à l'article 2.2 lors de la prise de décisions et à les associer aux autres activités liées au recrutement international des personnels de santé.

8.4 Tous les acteurs visés à l'article 2.2 devraient s'efforcer d'œuvrer individuellement et collectivement à la réalisation des objectifs du présent Code. Tous devraient observer le Code, indépendamment de l'aptitude des autres à faire de même. Les recruteurs et les employeurs devraient coopérer pleinement au respect du Code et promouvoir les principes directeurs qu'il énonce, indépendamment de l'aptitude d'un État Membre à appliquer le Code.

8.5 Les États Membres devraient, dans la mesure du possible, conformément aux responsabilités juridiques et en collaboration avec les acteurs concernés, établir et mettre à jour à intervalles réguliers un registre de tous les recruteurs autorisés à exercer sur leur territoire par les autorités compétentes.

8.6 Les États Membres devraient, dans la mesure du possible, encourager et promouvoir le respect des bonnes pratiques par les agences de recrutement en n'utilisant que celles qui respectent les principes directeurs du Code.

8.7 Les États Membres sont encouragés à observer et évaluer l'ampleur du recrutement international actif de personnels de santé originaires de pays confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé et à évaluer l'importance et l'impact des migrations circulaires.

Article 9 – Suivi et dispositifs institutionnels

9.1 Les États Membres devraient régulièrement rendre compte des mesures prises, des résultats obtenus, des difficultés rencontrées et des enseignements tirés de l'expérience dans un rapport unique dans le cadre des dispositions de l'article 7.2.c).

9.2 Le Directeur général suit l'application du présent Code d'après les rapports périodiques reçus des autorités nationales désignées, conformément aux articles 7.3 et 9.1, et d'autres sources compétentes, et il soumet périodiquement un rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé pour indiquer dans quelle mesure le code aide à atteindre les objectifs qui y sont fixés et faire des suggestions d'amélioration. Ce rapport sera établi dans le cadre de l'article 7.2.c).

9.3 Le Directeur général :

- a) appuie le système d'échange d'informations et le réseau d'autorités nationales désignées visés à l'article 7 ;
- b) rédige des lignes directrices et fait des recommandations au sujet des pratiques et des procédures, ainsi que des mesures et des programmes communs prévus par le Code ; et
- c) assure la liaison avec l'Organisation des Nations Unies, l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation internationale des Migrations et d'autres organisations régionales et internationales compétentes ainsi qu'avec les organisations non gouvernementales concernées pour faciliter l'application du Code.

9.4 Le Secrétariat de l'OMS peut examiner des rapports établis par les acteurs stipulés à l'article 2.2 sur les activités liées à l'application du Code.

9.5 L'Assemblée mondiale de la Santé devrait périodiquement faire le point sur l'utilité et l'efficacité du Code. Le Code devrait être considéré comme un texte dynamique à actualiser selon les besoins.

Article 10 – Partenariats, collaboration technique et appui financier

10.1 Les États Membres et autres acteurs devraient collaborer directement ou par l'intermédiaire d'organismes internationaux compétents afin de développer les moyens dont ils disposent pour atteindre les objectifs du Code.

10.2 Les organisations internationales, les organismes donateurs internationaux, les institutions financières et de développement et autres organisations compétentes sont encouragés à fournir un appui technique et financier pour aider à appliquer le présent Code et contribuer au renforcement des systèmes de santé des pays en développement et des pays à économie en transition qui connaissent des pénuries aiguës de personnels de santé et/ou dont les moyens d'atteindre les objectifs du présent Code sont limités. Ces organisations et autres entités devraient être encouragés à coopérer avec les pays confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé et faire en sorte que les fonds fournis pour des interventions contre des maladies particulières servent à renforcer les capacités des systèmes de santé, et notamment à développer les personnels de santé.

10.3 Les États Membres devraient être encouragés à fournir, par eux-mêmes ou par l'intermédiaire d'organisations nationales et régionales, d'organismes donateurs et d'autres organismes intéressés, une assistance technique et un appui financier aux pays en développement ou aux pays à économie en transition, en visant à renforcer les capacités des systèmes de santé, et notamment à développer les personnels de santé de ces pays.



LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Médecins formés à l'étranger au sein d'une sélection de pays de l'OCDE, 1970 et 2005.....	23
Figure 2: Couvertures des principales publications traitant de la pénurie mondiale et des migrations internationales en personnels de santé.....	108
Figure 3 : Les 57 pays en pénurie aiguë selon l'OMS.....	110
Figure 4: Synthèse des commentaires reçus lors de la consultation électronique mondiale sur le code (été 2008).....	128
Figure 5: Cartographie des acteurs (voir lexique pour la liste des acronymes).....	133
Figure 6 : Frise chronologique du processus d'élaboration du code de pratique de l'OMS...	134
Figure 7 : Sigrun Mogedal, Mary Robinson, Lincoln Chen, Percy Mahlaty.....	165
Figure 8 : Tiré de Buchan (2006): Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution?	185
Figure 9 : Tableau de données de la répartition spatiale des médecins	188
Figure 10 : Exemple de représentation de l'effet domino	191
Figure 11 : Exemple de représentation de l'effet domino	193
Figure 12 : Exemple de répartition spatiale des migrations internationales	194
Figure 13 : Exemple de représentation des migrations de médecins	196
Figure 14 : Exemple de représentation de l'effet domino	197
Figure 15 : Représentation des migrations internationales de médecins	198
Figure 16 : Représentation des migrations internationales d'infirmières	199
Figure 17 : Exemple de représentation de l'effet domino à partir de la Suisse.....	200
Figure 18 : Exemple de représentation de l'effet domino à partir de la Suisse.....	202
Figure 19 : Synthèse de l'évolution du concept d'autosuffisance (domaines de l'alimentation et des personnels de santé).....	234

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1: Typologie des théories causales (Adapté de Stone, 1989).....	66
Tableau 2 : Synthèse des différents projets de code	132
Tableau 3: Concept et principes liés aux COMPENSATIONS mentionnés au cours de l'élaboration du code.....	156
Tableau 4 : Concept et principes liés à l'AUTOSUFFISANCE mentionnés au cours de l'élaboration du code.....	157
Tableau 5 : Concept et principes liés à la LIMITATION DU RECRUTEMENT ACTIF mentionnés au cours de l'élaboration du code	158

Déclaration sur l'honneur*

Par la présente, j'affirme avoir pris connaissance des documents d'information et de prévention du plagiat émis par l'Université de Neuchâtel et m'être renseigné-e correctement sur les techniques de citation.

J'atteste par ailleurs que le travail rendu est le fruit de ma réflexion personnelle et a été rédigé de manière autonome.

Je certifie que toute formulation, idée, recherche, raisonnement, analyse ou autre création empruntée à un tiers est correctement et consciencieusement mentionnée comme telle, de manière claire et transparente, de sorte que la source en soit immédiatement reconnaissable, dans le respect des droits d'auteur et des techniques de citations.

Je suis conscient-e que le fait de ne pas citer une source ou de ne pas la citer clairement, correctement et complètement est constitutif de plagiat.

Je prends note que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université. J'ai pris connaissance des risques de sanctions administratives et disciplinaires encourues en cas de plagiat (pouvant aller jusqu'au renvoi de l'université).

Je suis informé-e qu'en cas de plagiat, le dossier sera automatiquement transmis au rectorat.

Au vu de ce qui précède, je déclare sur l'honneur ne pas avoir eu recours au plagiat ou à toute autre forme de fraude.

Nom : *Maigay*

Prénom : *Clémence*

Cursus : *Doctorat en Géographie*

Faculté d'inscription : *Lettres et Sciences
Humaines*

Lieu et date : *Neuchâtel, le 4 septembre 2014* Signature : *Maigay*

Ce formulaire doit être dûment rempli par tout étudiant ou toute étudiante rédigeant un travail substantiel (notamment un mémoire de bachelior ou de master) ou une thèse de doctorat. Il doit accompagner chaque travail remis au professeur ou à la professeure.

*Formulaire largement inspiré de la Directive de la direction 0.3 bis, intitulée Formulaire Code de déontologie en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses, de l'Université de Lausanne, du 23 avril 2007 et adapté aux besoins de l'Université de Neuchâtel.