Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A66/25**
Point 17.4 de l'ordre du jour provisoire **12 avril 2013**

Personnels de santé : actions menées pour faire face aux problèmes de pénurie et de migration et pour parer aux besoins émergents

Rapport du Secrétariat

1. Lors de sa cent trente-deuxième session, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure de ce rapport et demandé d'étoffer certains pans du document qui sera soumis à l'Assemblée de la Santé.[1]

2. En 2010, la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé aux termes de sa résolution WHA63.16. Ce Code est un cadre multilatéral permettant de s'atteler à la pénurie de personnels de santé à l'échelle mondiale et de relever les défis liés à la mobilité internationale de ces personnels. En 2011, la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA64.6 sur le renforcement des personnels de santé et la résolution WHA64.7 sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux. Dans la première résolution, les États Membres étaient instamment invités, notamment, à appliquer le Code ; dans la dernière, ils étaient instamment invités à concrétiser leur engagement en faveur du renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, notamment en définissant des plans d'action pour le développement des soins infirmiers et obstétricaux faisant partie intégrante des plans de santé nationaux ou infranationaux, en collaborant au renforcement de la législation et de la réglementation pertinentes, et en élargissant la formation pédagogique et technique aux soins infirmiers et obstétricaux. Le présent rapport est soumis conformément aux dispositions des articles 9.2 et 7.2.c) du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé et conformément à la demande de faire rapport sur les progrès accomplis, formulée dans la résolution WHA64.6 et dans la résolution WHA64.7. Répondant à la requête d'un État Membre, le présent rapport renseigne aussi sur le développement des personnels de santé au service de la couverture sanitaire universelle.

[1] Voir le document EB132/23 et le procès-verbal de la quatorzième séance, section 1, de la cent trente-deuxième session du Conseil exécutif.

LA SITUATION ACTUELLE

3. Près de trois ans après l'adoption du Code, la couverture est incomplète en matière de désignation des autorités nationales : la grande majorité des rapports des pays émane d'une seule Région de l'OMS. Le Secrétariat a encouragé chaque État Membre à désigner une autorité nationale chargée d'échanger les informations relatives à la migration des personnels de santé et à mettre en œuvre le Code. Quatre-vingt-quatre pays s'y sont conformés (voir le Tableau ci-dessous) ; les trois quarts de ces autorités opèrent à partir du ministère de la santé.

4. Les pays qui notifient des données couvrent plus de 80 % de la population mondiale vivant dans les pays de destination, mais ne reflètent la situation que d'une minorité de pays d'origine. L'action se poursuit en vue d'étendre le champ d'action de la notification, ce qui permettrait de réduire cet écart. Trente-deux pays ont signalé qu'ils avaient pris des mesures au service de l'application du Code. En consultation avec les États Membres et les parties prenantes intéressées, le Secrétariat a soutenu l'élaboration d'un instrument national de notification devant servir d'outil national d'auto-évaluation et englobant les rubriques ci-après : protection juridique des migrants, accords bilatéraux, recherche sur la mobilité des personnels de santé, statistiques et réglementation des autorisations d'exercer. Cet instrument est accessible à tous, a été fourni à chaque autorité nationale désignée, puis diffusé par le biais des bureaux régionaux et des bureaux implantés dans les pays, territoires et zones. Au 21 février 2013, les autorités nationales désignées de 51 pays avaient fait rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du Code à l'aide de l'instrument national de notification. Sur les 51 rapports, 36 provenaient de la Région européenne (voir le Tableau ci-dessous).

Tableau. Nombre d'autorités nationales de notification désignées, qui ont été effectivement mises en place, par Région, et nombre de rapports reçus au 21 février 2013

Région de l'OMS	Nombre d'autorités nationales désignées effectivement mises en place	Nombre de rapports reçus qui utilisent l'instrument national de notification
Afrique	13	1
Amériques	11	4
Asie du Sud-Est	4	3
Europe	42	36
Méditerranée orientale	8	3
Pacifique occidental	6	4
Total	**84**	**51**

5. Le défi majeur consiste à assurer la participation de tous les protagonistes intervenant dans les processus décisionnels relatifs à la migration et au recrutement international des personnels de santé. Généralement, la pluralité des acteurs publics et privés issus de différents secteurs ne facilite pas l'adhésion à un ensemble de principes de base.

6. Un autre défi concerne la migration des personnels de santé : on constate un manque de données coordonnées et exhaustives, et celles qui existent sont habituellement partagées entre de multiples instances et entités tant au sein des pays qu'entre eux. Il convient de redoubler d'efforts et de resserrer la coopération technique afin d'améliorer les systèmes d'information sanitaire en vigueur, notamment pour ce qui est des lois et réglementations applicables au recrutement des personnels de santé.

7. Le Secrétariat a encouragé la collaboration entre les diverses parties prenantes, faisant intervenir des organismes publics et des établissements universitaires, ainsi que des organisations et des réseaux de la société civile, dans le but d'étayer l'action de sensibilisation et d'analyse préconisée par le Code. La Région européenne, en particulier, a lancé toute une série d'activités qui ont débouché sur la rédaction d'une feuille de route destinée à mettre en œuvre le Code dans cette partie du monde. Parmi les autres innovations intéressantes figurent la création de la *Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud* (Réseau ibéro-américain sur la migration des professionnels de santé), réseau dirigé par le secrétariat technique du Ministère uruguayen de la Santé publique et soutenu par la Commission européenne ; la facilitation du dialogue entre parties prenantes nationales (par exemple en Allemagne, en Belgique et en Italie en 2012) ; des discussions avec la Commission Développement du Parlement européen (Madrid, 2012) ; et la mise en place de cours d'été sur les migrations et l'éthique à Genève avec le concours de la Fondation Brocher, l'Université de Genève et l'Université d'Harvard. Les organisations de la société civile se sont fermement affirmées tant au niveau national qu'international pour sensibiliser l'opinion et mobiliser l'attention de la classe politique sur les questions relatives aux personnels de santé, notamment en favorisant la diffusion et la mise en œuvre du Code. Une monographie portant sur neuf pays de la Région européenne[1] a montré que la société civile a aussi joué un rôle considérable en matière de suivi de la migration des personnels de santé, adoptant une approche fondée sur les droits qui prend en compte à la fois les droits des personnels de santé et la nécessité de disposer de systèmes de santé équitables et pérennes.

8. Plusieurs États Membres ont aussi indiqué qu'il y avait un manque d'informations sur l'ampleur des migrations (en provenance des pays d'origine) et un manque de données factuelles témoignant de leur incidence sur la planification des personnels de santé (dans les pays de destination).

9. Les rapports des autorités nationales désignées renseignent de manière plus poussée sur la situation des personnels de santé migrants sous l'angle de leur protection juridique, de leur recrutement et de la réglementation applicable au droit d'exercer (voir la Figure ci-après). Les informations fournies par les données statistiques et les autorisations d'exercer accordées aux personnels formés à l'étranger concernent principalement les médecins et se limitent au personnel infirmier et aux sages-femmes.

10. On trouvera de plus amples renseignements dans une étude réalisée conjointement par l'OMS et l'Institut des Politiques migratoires.[2] Quatre pays membres de l'OCDE représentent, à eux seuls, 72 % du personnel infirmier d'origine étrangère, et 69 % des médecins d'origine étrangère travaillant dans les pays membres de cette organisation, à savoir : Australie, Canada, États-Unis d'Amérique et Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Les tendances caractérisant l'afflux des personnels de santé varient dans ces quatre pays. La façon dont les pays de destination traitent l'autorisation d'exercer une activité professionnelle et la recertification est aussi en train d'évoluer.

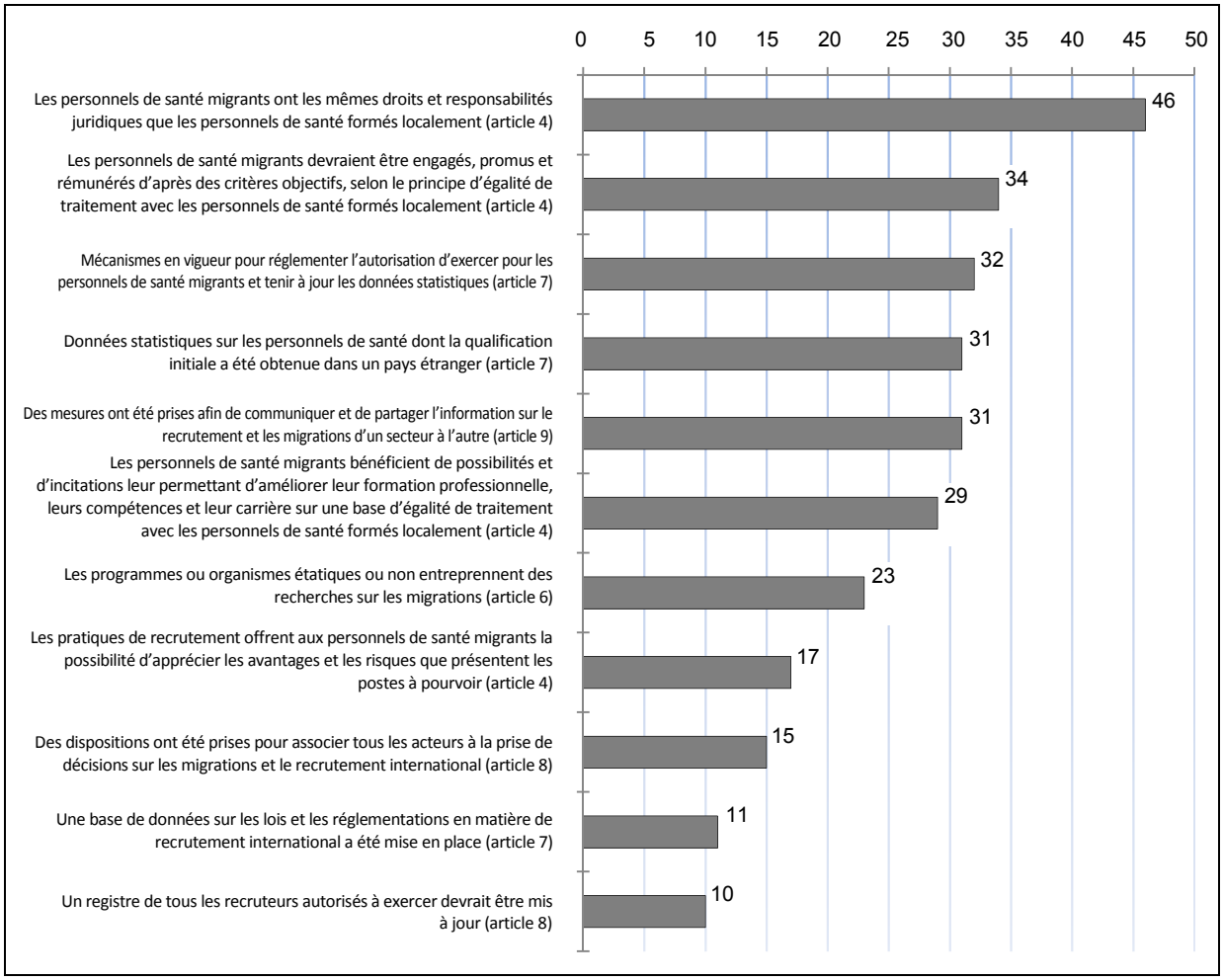
11. Depuis l'adoption du Code, les organisations de la société civile ont rendu compte[1] de défis nouveaux comme les mesures d'austérité économique qui frappent les systèmes nationaux de santé ; le recentrage sur les déséquilibres constatés au niveau de la répartition interne des personnels de santé dans l'Union européenne ; et l'interaction insuffisante entre les organisations non gouvernementales au service du développement et d'autres acteurs de la société civile, dont les fédérations de patients, les syndicats et les associations professionnelles qui jouent un rôle dans le développement des personnels de santé.

---

[1] Contribution de la société civile et plaidoyer en faveur de la mise en œuvre du Code mondial de l'OMS dans la Région européenne : monographies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.

[2] *Immigration and the healthcare workforce since the global economic crisis: report for the World Health Organization.* Washington, DC, Migration Policy Institute, sous presse. Voir aussi International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition.

Figure. Points saillants des informations obtenues auprès de 51 autorités nationales désignées utilisant l'instrument national de notification (par article du Code)



Accords

12. Une image plus précise est aussi en train d'apparaître en ce qui concerne les accords bilatéraux, multilatéraux et régionaux sur le recrutement des personnels de santé. La plupart précèdent l'adoption du Code ; certains, toutefois, ont été élaborés ou affinés dans les deux ans et demi qui ont suivi. Citons, par exemple, les accords conclus entre pays voisins comme Chypre et la Grèce ; le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède ; la Fédération de Russie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan et le Tadjikistan ; ainsi qu'entre pays présentant des niveaux de revenu différents comme l'Italie et la Tunisie ; et l'Allemagne et la Croatie. Les accords multilatéraux comprennent des « partenariats de mobilité », qui sont des cadres juridiquement non contraignants destinés à bien gérer les flux de population entre l'Union européenne et les pays. Les États Membres de l'Union européenne s'affilient aux partenariats à titre volontaire. Parmi les accords régionaux importants figurent ceux conclus entre le Brunéi Darussalam, le Cambodge, l'Indonésie, la Malaisie, le Myanmar, les Philippines, la République démocratique populaire lao, la Thaïlande et le Viet Nam. Les accords s'appliquent aux médecins et au personnel infirmier et, dans quelques cas, aux sages-femmes. Bon nombre ont été conclus au niveau national, d'autres au niveau infranational.

Une coopération au-delà de la migration

13. La coopération visant à étoffer les personnels de santé dans le contexte du Code tend à dépasser le cadre des questions à caractère purement migratoire. Les États Membres ont fait état de toute une série d'accords élargis de coopération financière et technique, notamment : les accords conclus au sein du Réseau ibéro-américain sur la migration des professionnels de santé ; l'accord entre les Gouvernements de Cuba, de l'Égypte, du Nigéria et du Rwanda ; le projet pilote triple gagnant faisant intervenir l'Albanie, l'Allemagne, la Bosnie-Herzégovine et le Viet Nam ; et la collaboration Indonésie-Japon portant sur le renforcement des compétences du personnel infirmier moyennant une formation en cours d'emploi.

14. L'OMS collabore avec la Région européenne à l'élaboration d'un plan d'action en faveur des personnels de santé ; ce plan vise à rassembler les États Membres pour faire face aux difficultés majeures auxquelles sont confrontés les personnels de santé à moyen et à long terme, l'idée étant de favoriser la pérennité des personnels de santé en Europe. Le but est triple : prévoir les besoins et améliorer les méthodes de planification des personnels de santé ; anticiper les besoins de compétences futurs dans les professions de santé ; et mettre en commun les bonnes pratiques en matière de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé.

Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux

15. Dans le document intitulé « Orientations stratégiques du renforcement des services de soins infirmiers et obstétricaux pour la période 2011-2015 », l'OMS insiste sur la couverture sanitaire universelle et les soins centrés sur la personne dans le cadre des soins de santé primaires.[1] La prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en sont l'une des composantes prioritaires. En collaboration avec le Conseil international des Infirmières et la Confédération internationale des Sages-Femmes, un forum mondial réunissant les responsables des services de soins infirmiers et obstétricaux a été organisé sur le thème des maladies non transmissibles, avec la participation de 70 pays. La déclaration sur le rôle des infirmières et des sages-femmes, qui en a résulté, a mis en évidence la volonté de faire bouger les lignes dans le domaine des maladies non transmissibles. Ce forum a été suivi d'une réunion tripartite faisant intervenir 74 responsables des soins infirmiers et obstétricaux, représentants d'associations nationales d'infirmières et de sages-femmes, et d'organes de réglementation pertinents. Y ont été abordées des questions cruciales pour la valorisation des professions d'infirmière et de sage-femme, l'offre de soins obstétricaux et infirmiers de qualité et la réglementation effective de ces métiers. Pour étayer ces travaux, un document intitulé « *Renforcer la capacité des personnels infirmiers et des sages-femmes au service de la prévention, du traitement et de la prise en charge des maladies non transmissibles* » a été publié. Parmi les autres manifestations mondiales tendant à donner suite aux orientations stratégiques figurait notamment la réunion de 60 experts, décideurs et partenaires mondiaux sur le thème du développement des compétences obstétricales et des critères applicables aux services de soins obstétricaux.[2] Une étude a été réalisée dans 22 pays en vue de cerner les facteurs qui ont une incidence sur les services de soins infirmiers communautaires, à savoir : l'éducation et la formation, la réglementation, la pratique professionnelle, les rôles, les tendances politiques et les stratégies envisageables pour optimiser leur contribution aux soins de santé primaires, en particulier aux soins centrés sur la personne et à la couverture sanitaire universelle.

---

[1] Le document WHO/HRH/HPN/10.1 est disponible à l'adresse : http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/index.html (consulté le 19 mars 2013).

[2] Global consultation on producing and developing an appropriate midwifery workforce for low-and middle-income countries, Genève, 4-6 décembre 2012.

16. Dans la Région de la Méditerranée orientale, une stratégie de renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (2012-2020) a été mise au point dans le but de permettre aux pays de concevoir leurs plans respectifs. Des conseils pour les soins infirmiers et obstétricaux ont été créés dans trois États Membres. Dans la Région européenne, des orientations stratégiques au service des soins infirmiers et obstétricaux (2011-2015) ainsi qu'un plan d'action ont été élaborés. Dans la Région des Amériques, ont été créés 28 réseaux de personnels infirmiers, assortis de plans d'action sur la formation, la pratique et la recherche, qui insistaient sur les objectifs du Millénaire pour le développement et les soins de santé primaires. Un plan de développement des soins infirmiers en Amérique centrale a été approuvé par les ministères de la santé de neuf pays et les comités sous-régionaux. Dans la Région africaine, ont été élaborés des cursus pilotes basés sur les compétences, devant s'insérer dans des programmes de formation préalable à l'emploi destinés aux infirmières et aux sages-femmes, ainsi qu'un cadre de réglementation professionnelle. Ces éléments visent à améliorer la qualité des programmes d'enseignement en vigueur dans les États Membres. Parmi les nouvelles activités figurent la mise sur pied d'un programme de santé mentale de type communautaire à l'intention des infirmières et des sages-femmes du Sri Lanka, dans la Région de l'Asie du Sud-Est, ainsi que le lancement d'un cursus sur la sécurité des patients destiné aux professionnels de santé, et le perfectionnement professionnel du personnel infirmier qui met l'accent sur les soins de santé primaires dans la Région du Pacifique occidental.

DÉFIS POUR L'AVENIR

17. Les mesures visant à mettre en œuvre les résolutions WHA63.16 et WHA64.7 doivent tenir compte de nombreux défis, dont le manque d'appréhension commune de la nature des liens qui existent, au niveau des pays, entre les migrations de main-d'œuvre, les besoins actuels et futurs de personnels de santé, et la planification des effectifs à court et long termes. En outre, de nombreux pays ne disposent que d'une capacité limitée pour prévoir les tendances futures des personnels de santé.

18. La volonté politique est primordiale pour affronter la crise des personnels de santé ; cette volonté doit aller de pair avec les investissements correspondants. Les efforts déployés pour soutenir les capacités institutionnelles et individuelles de planification et la mise en place de ressources humaines dans les observatoires de santé demandent du temps pour produire des effets tangibles.

19. Afin de mettre en œuvre les résolutions, il est urgent d'élargir les observatoires régionaux et nationaux sur les personnels de santé. Grâce à ce mécanisme, on pourra promouvoir les principes du Code moyennant plusieurs interventions (renforcement des capacités et élaboration des politiques) qui permettront d'améliorer la compréhension de certains éléments, à savoir : la production, le recrutement, le déploiement, la fidélisation et la mobilité – qui s'appliquent tous aux personnels de santé.

20. L'OMS s'appuiera sur les fondements établis pour étayer le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux au plan mondial dans les domaines de la politique, de la gestion, de l'action pédagogique, de la réglementation et de la pratique, et poursuivra ses négociations multilatérales en application du Code.

21. La crise économique mondiale que nous traversons et l'augmentation concomitante des taux de chômage n'ont pas été des facteurs importants de migration des personnels de santé, ni de licenciement massif de ces personnels. Or, dans certains pays, il semble que la pression exercée sur les finances publiques commence à avoir un effet négatif sur la production de personnels de santé, leur répartition et leurs performances.

22. Dans un passé récent, une grande attention a été portée aux manifestations les plus aiguës de la crise des personnels de santé, à savoir : les pénuries de soignants constatées dans les « pays en crise » et la migration. Or, on réalise aujourd'hui de plus en plus que la crise ne peut être réduite à ces deux dimensions, si importantes soient-elles. La crise des personnels de santé constitue un défi mondial et pluridimensionnel. Elle nécessite une stratégie mondiale beaucoup plus complète pour métamorphoser la production de personnels de santé, englobant l'analyse du marché du travail ainsi que la transformation de l'instruction et de la formation des personnels de santé, aux niveaux national et transnational. Il est essentiel que les pays désireux d'améliorer l'accès aux soins de santé relèvent le défi posé par la pénurie de personnels de santé. Il sera donc décisif de renouveler la façon d'aborder la crise des personnels de santé pour pouvoir progresser vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

23. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note de ce rapport.

= = =