Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DOUZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A72/23**
Point 12.3 de l'ordre du jour provisoire **8 avril 2019**

Ressources humaines pour la santé

Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé : troisième cycle de notification nationale

Rapport du Directeur général

1. Le Conseil exécutif a pris note, à sa cent quarante-quatrième session en janvier 2019, d'une version antérieure du présent rapport.[1] Il a été mis à jour afin de refléter la situation en mars 2019 en ce qui concerne la réception des rapports nationaux de la part des États Membres ; il a en outre été révisé afin d'inclure, au paragraphe 25, les réflexions du Secrétariat sur l'utilité et l'efficacité du Code, en réponse à la demande du Conseil exécutif.

2. En 2010, après six années de délibérations, la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, dans la résolution WHA63.16.[2]

3. Il s'agit d'un cadre multilatéral complet pour développer la coopération et le partage d'informations sur la migration des personnels de santé. Le Code établit des principes éthiques et des pratiques pour le recrutement international des personnels de santé et le renforcement des systèmes de santé. Bien qu'il soit de nature non contraignante, il comporte un cadre de suivi solide.

4. En 2016, la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a pris note du deuxième rapport concernant l'application du Code.[3] À la fin du deuxième cycle de notification nationale, 74 États Membres avaient soumis des rapports nationaux, soit une augmentation sensible par rapport au premier cycle au cours duquel 56 États Membres avaient soumis des rapports.

---

[1] Voir le document EB144/25 et les procès-verbaux provisoires de la cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif, douzième séance, section 2 (en anglais seulement).

[2] Dans la résolution WHA57.19 (2004) intitulée « Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement », l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général d'élaborer un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé.

[3] Voir le document WHA69/2016/REC/3, procès-verbaux de la Commission B, quatrième séance, section 2 (en anglais seulement).

5. Le présent rapport qui concerne le troisième cycle de notification nationale est soumis conformément aux dispositions des articles 9.2 et 7.2.c) du Code. Le contenu constituera le fondement du deuxième examen de l'utilité et de l'efficacité du Code en 2019, tel que préconisé par l'Assemblée de la Santé dans la décision WHA68(11) (2015).

6. Un contexte important du présent rapport est l'adoption historique du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières par 164 États Membres des Nations Unies en décembre 2018. Le texte final du document comporte des liens importants avec le Code.[1] En outre, le rapport du Secrétaire général des Nations Unies sur les migrations internationales et le développement,[2] souligne tant l'importance du Code que les données relatives aux personnels de santé dans le cadre du programme d'action plus large sur les migrations.

Progrès accomplis dans l'application du Code

7. Dans les limites des ressources disponibles, le Secrétariat a appuyé l'application et le suivi du Code, notamment la coopération technique et la fourniture d'un soutien aux États Membres, et a facilité le troisième cycle de notification nationale par les autorités nationales désignées.

Troisième cycle de notification nationale : processus et résultats

Autorités nationales désignées

8. En mars 2019, 122 États Membres avaient fourni les coordonnées de l'autorité nationale désignée chargée de l'échange d'informations concernant les migrations du personnel de santé et l'application du Code lors du troisième cycle (voir le Tableau 1 et la Figure 1) ; pour 29 États Membres il s'agissait d'une première participation.

Tableau 1. Nombre d'autorités nationales désignées, par Région de l'OMS

Régions	Premier cycle de notification (2012-2013)	Deuxième cycle de notification (2015-2016)	Troisième cycle de notification (en mars 2019)
Afrique	**13**	**14**	**17**
Amériques	**11**	**15**	**15**
Asie du Sud-Est	**4**	**7**	**10**
Europe	**43**	**43**	**42**
Méditerranée orientale	**8**	**14**	**20**
Pacifique occidental	**6**	**24**	**18**
Total	**85**	**117**[a]	**122**

[a] Chiffre consolidé des autorités nationales désignées confirmées au cours des premier et deuxième cycle de notification.

[1] Voir https://www.devex.com/news/opinion-as-the-world-seeks-migration-solutions-the-health-sector-can-help-94085 (consulté le 20 février 2019).

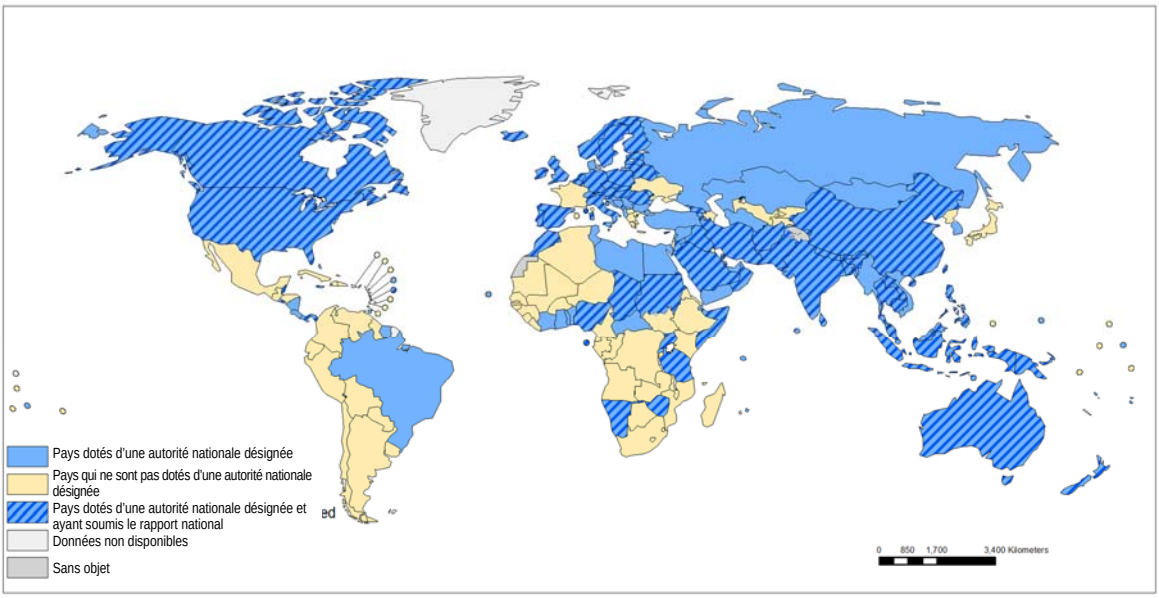
[2] Résolution 73/286 de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies.

Soumission de rapports nationaux : situation en mars 2019

9. Les États Membres et le Secrétariat ont collaboré en vue de simplifier l'instrument national de notification tout en maintenant la cohérence avec les versions antérieures de l'instrument. Les éléments de données ont été harmonisés avec l'outil et les rapports sur la comptabilité nationale des personnels de santé (dans sa résolution WHA69.19 (2016), l'Assemblée de la Santé a invité les États Membres à prendre cette mesure). L'instrument de notification des parties prenantes indépendantes et les activités de sensibilisation ont également été renforcés afin d'améliorer la participation des « parties prenantes concernées » au processus de notification.

10. En mars 2019, 80 États Membres (voir le Tableau 2) avaient soumis un rapport national.[1] Les 80 États Membres concernés représentent plus des deux tiers de la population mondiale, et 26 des 80 pays ont présenté des rapports pour la première fois.

Figure 1. Situation des autorités nationales désignées et rapports nationaux soumis, par État Membre – en mars 2019



Les frontières, les noms et les appellations employés sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Source de données : Organisation mondiale de la Santé
Production de la carte : Information, bases factuelles et recherche (IER) Organisation mondiale de la Santé

Organisation mondiale de la Santé

© Tous droits réservés. OMS, 2019.

[1] Les États Membres suivants ont participé au cycle actuel : Afghanistan, Allemagne, Arabie saoudite, Arménie, Australie, Autriche, Bahreïn, Bangladesh, Bélarus, Belgique, Belize, Bhoutan, Brunéi Darussalam, Cambodge, Canada, Chine, Chypre, El Salvador, Émirats arabes unis, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Finlande, Géorgie, Hongrie, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Iraq, Irlande, Islande, Italie, Jamaïque, Jordanie, Lettonie, Libye, Lituanie, Malaisie, Maldives, Malte, Maroc, Monaco, Monténégro, Namibie, Népal, Nigéria, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouganda, Pakistan, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pays-Bas, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République démocratique populaire lao, République de Moldova, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Sainte-Lucie, Sao Tomé-et-Principe, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Somalie, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, Tchad, Thaïlande, Timor-Leste, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Zimbabwe.

Tableau 2. Autorités nationales désignées qui ont rendu compte au Secrétariat, par Région de l'OMS

Régions	Premier cycle de notification (2012-2013)	Deuxième cycle de notification (2015-2016)	Troisième cycle de notification (en mars 2019)
	Rapport soumis	Rapport soumis	Rapport soumis
Afrique	2	9	7
Amériques	4	9	8
Asie du Sud-Est	3	6	9
Europe	40	31	31
Méditerranée orientale	3	7	15
Pacifique occidental	4	12	10
Total	56	74	80

11. Un engagement fort est particulièrement manifeste dans la Région européenne et dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale.

Quelques résultats issus des rapports nationaux soumis (n = 80)

12. Au total, 74 États Membres ont fourni des données quantitatives, dont 67 États Membres ont fourni des données sur les cinq professions de santé (dentiste, sage-femme, personnel infirmier, pharmacien et médecin) qui représentent la plus grande partie des professions de santé réglementées et qui sont le plus associées aux migrations internationales. Au total, 54 États Membres ont fourni des données sur la proportion de personnels de santé nés à l'étranger et/ou formés à l'étranger, et 30 États Membres ont communiqué des données ventilées par pays de formation. Il s'agit d'une amélioration importante par rapport au deuxième cycle de notification de 2016.

13. Les données fournies par les États Membres permettent également d'obtenir de nouveaux éléments de compréhension de la mobilité internationale des dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens.

14. Les données sur les personnels de santé nés à l'étranger et/ou formés à l'étranger montrent que la migration et la mobilité internationales des personnels de santé sont en hausse, tout comme la complexité des courants de déplacements. On peut en déduire qu'un discours binaire simpliste sur les pays d'origine/de destination ou d'émigration/d'immigration est obsolète. Les pays qui pourraient avoir été précédemment identifiés comme étant des pays d'origine dépendent eux-mêmes des personnels de santé formés à l'étranger.[1]

15. Les États Membres ont également fait état de politiques et de procédures conformes au Code. Plus des deux tiers des États Membres (54 sur 80) ont indiqué qu'ils avaient pris des mesures pour appliquer le Code. Sur ces 54 États Membres, 34 ont fait état de lois et de politiques, conformes au Code, en cours de mise en place, d'adoption ou faisant l'objet d'un examen, et 31 ont recensé des bonnes pratiques, conformes au Code, qui sont encouragées et promues au sein des organismes de recrutement.

[1] Par exemple, les pourcentages suivants de personnels de santé ont été déclarés comme ayant été formés à l'étranger : 83 % des médecins au Bhoutan ; 12 % des médecins en El Salvador ; 10 % des dentistes en République islamique d'Iran ; 70 % des médecins en Jordanie ; 11 % des médecins, 9 % des pharmaciens et 7 % des personnels infirmiers du secteur public en République démocratique populaire lao, les effectifs passant à 40 % dans le secteur privé ; et 17,5 % des médecins et 50 % des pharmaciens au Zimbabwe.

16. Près de la moitié des États Membres (39 sur 80) ont déclaré avoir recours à des dispositifs bilatéraux, régionaux ou multilatéraux en matière de recrutement international et de migration des personnels de santé. Parmi eux, environ 85 % (33 sur 39) ont indiqué que les recommandations du Code avaient été incorporées aux dispositifs. En particulier, 77 dispositifs bilatéraux, multilatéraux et régionaux distincts concernant le recrutement international et les migrations ont été notifiés au Secrétariat,[1] et des liens électroniques renvoyant aux 30 dispositifs bilatéraux, multilatéraux et régionaux ont été communiqués au Secrétariat.

17. Ces informations complètent les conclusions de l'analyse menée par le Secrétariat concernant des accords sur le commerce des services notifiés à l'OMC et disponibles sur son portail intégré d'informations commerciales, qui a permis de répertorier 12 accords supplémentaires comportant un volet mobilité des personnels de santé.

18. Plus des trois quarts des États Membres, soit 64 sur 80, ont demandé le soutien technique du Secrétariat pour renforcer l'application du Code. Les demandes de soutien portaient sur l'amélioration des données, le renforcement du dialogue stratégique et de l'élaboration des politiques, ainsi que l'élaboration d'accords bilatéraux. Les États Membres ont également prié le Secrétariat de renforcer les activités qui présentent un intérêt pour l'ensemble des pays, notamment l'élaboration, la négociation et la mise en œuvre d'accords bilatéraux ; la révision des critères et de la liste des pays connaissant une pénurie grave de personnels de santé ; et le renforcement du réseau des autorités nationales désignées en vue de faciliter davantage l'échange d'informations.

Rapports des parties prenantes indépendantes

19. En mars 2019, 14 rapports de parties prenantes indépendantes avaient été soumis au Secrétariat. Il s'agit là d'une amélioration par rapport au deuxième cycle qui ne comptait qu'un seul rapport de ce type. Les 14 rapports soumis dans le cadre du troisième cycle ont été reçus de diverses parties prenantes, dont le milieu universitaire, la société civile, les organismes nationaux de réglementation et les fédérations internationales. Les rapports contiennent des études de cas nationales, des rapports de situation et des recommandations pour l'application du Code, une description des accords bilatéraux ainsi que des perspectives sur ceux-ci, et des demandes de soutien technique.

Soutien ciblé à l'application du Code aux niveaux national et mondial

Soutien de l'Union européenne et de la Norvège

20. Le soutien financier de l'Union européenne et de l'Agence norvégienne de coopération pour le développement a permis au Secrétariat de fournir un appui ciblé en vue de faire progresser l'application du Code dans cinq pays – Afrique du Sud, Inde, Irlande, Nigéria et Ouganda – et à l'échelle mondiale. Les activités menées ont donné une interprétation plus dynamique de la migration des personnels de santé, marquée par des mouvements intrarégionaux, Sud-Sud et Nord-Sud. Elles ont également contribué à éclairer le dialogue politique et l'élaboration des politiques.[2]

Mise en place de la plateforme internationale sur la mobilité des personnels de santé

21. En 2016, face à la complexité et au volume croissants de la migration des personnels de santé, la Commission de haut niveau du Secrétaire général des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique a invité l'OIT, l'OCDE et l'OMS à créer une plateforme internationale pour la

[1] La Chine a en outre établi des mécanismes de coopération entre États avec 56 pays en matière de personnels de santé.

[2] Voir la brochure intitulée : *A dynamic understanding of health worker migration* (www.who.int/hrh/HWF17002_Brochure.pdf, consulté le 20 février 2019).

mobilité des personnels de santé afin de promouvoir le dialogue et la coopération internationale, et de faire progresser les connaissances dans ce domaine, notamment en appuyant l'application du Code. En 2017, dans sa résolution WHA70.6 intitulée « Ressources humaines pour la santé et mise en œuvre des conclusions de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique », la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action quinquennal pour l'emploi en santé et la croissance économique inclusive (2017-2021). Par ailleurs, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a soutenu sa mise en œuvre dans sa résolution 71/159.

22. Lors de la première réunion de la plateforme internationale (Dublin, 14 novembre 2017), en marge du Quatrième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, les États Membres, les représentants des organisations régionales et des organisations internationales ont échangé des informations sur les difficultés rencontrées et les possibilités d'accroître au maximum les avantages découlant de la mobilité des personnels de santé.[1]

23. Trente États Membres ont participé à la réunion ultérieure de la plateforme internationale (Genève, 13 et 14 septembre 2018). Les participants ont discuté des mesures de politique générale prometteuses et ont proposé des mesures stratégiques visant à renforcer la gestion et la gouvernance de la mobilité des personnels de santé. Comme ce fut le cas lors du troisième cycle de notification, les États Membres ont prié le Secrétariat de renforcer le partage d'informations ; d'appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des accords bilatéraux ; d'examiner les critères ainsi que la liste des pays qui connaissent une grave pénurie, dans le cadre du deuxième examen de l'utilité et de l'efficacité du Code ; de renforcer les informations et les politiques au niveau national ; et de gérer un dépôt central de connaissances pour les domaines pertinents (contenant notamment le texte des accords bilatéraux, les cadres de compétences nationaux et une cartographie des qualifications professionnelles d'un pays à l'autre).[2]

La voie à suivre

24. Le Secrétariat s'efforcera de fournir un soutien pour répondre à toutes les demandes d'assistance technique formulées par les États Membres et les parties prenantes indépendantes. Les demandes des États Membres ont augmenté de manière significative, passant à 64 au cours du troisième cycle. Afin de satisfaire à ce niveau de demande, le Secrétariat, en collaboration avec l'OIT et l'OCDE, poursuivra le dialogue avec les États Membres et les organismes bilatéraux, multilatéraux et philanthropiques en vue de mobiliser des ressources financières pour le Fonds d'affectation spéciale pluripartenaire pour la santé qui sert de mécanisme commun d'application du Code et de mise en œuvre de la plateforme internationale pour la mobilité des personnels de santé.

25 À la suite de son analyse du troisième cycle de notification, le Secrétariat considère que le Code est très utile, comme le montrent l'augmentation du volume et la complexification des migrations et de la mobilité des personnels de santé, ainsi que la concordance de cet instrument avec le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières, récemment adopté. En outre, les données factuelles et les informations de meilleure qualité collectées au fil des trois cycles de notification sur le Code, ainsi que l'inclusion croissante des principes et des dispositions du Code dans la législation, les stratégies, les politiques et les mesures connexes des pays, laissent entendre que le Code gagne en efficacité. L'utilité et l'efficacité du Code feront l'objet d'une analyse plus approfondie dans le cadre du processus défini ci-dessous.

[1] Voir http://www.who.int/hrh/news/2017/high_level-dialogue-int-health-worker-migration-meeting-summary.pdf?ua=1 (consulté le 20 février 2019).

[2] Voir http://www.who.int/hrh/migration/InternationalPlatformHealthWorkerMobilityMeetingNotes.pdf?ua=1 (consulté le 29 octobre 2018).

26. Tel que préconisé par l'Assemblée de la Santé dans sa décision WHA68(11) (2015) sur le Code et tel qu'indiqué dans le calendrier présenté à la Figure 2, le Secrétariat a entamé les préparatifs en vue de l'évaluation ultérieure de l'utilité et de l'efficacité du Code au moyen d'un processus indépendant mené par les États Membres. Les conclusions du deuxième examen, prévu entre mai et octobre 2019, seront présentées à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé.

Figure 2. Calendrier de l'évaluation ultérieure du Code

Octobre 2018	Janvier 2019	Mars 2019	Mai 2019	Mai-octobre 2019	Janvier 2020	Mai 2020
Rapport sur le troisième cycle de notification nationale sur le Code	Cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif	Rapport sur le troisième cycle de notification nationale sur le Code – mise à jour	Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé	Deuxième examen de l'utilité et de l'efficacité du Code	Cent quarante-sixième session du Conseil exécutif	Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé – Dixième anniversaire de l'adoption du Code de pratique mondial de l'OMS

27. Le processus relatif au deuxième examen de l'utilité et de l'efficacité du Code adoptera le mécanisme appliqué avec succès lors du premier examen.[1] Comme lors du premier examen, le Directeur général convoquera un groupe consultatif d'experts chargé de préparer et de mener l'examen. Le groupe consultatif d'experts sera composé de 20 membres, dont 12 représentants des États Membres (deux par Région de l'OMS) et huit représentants d'organisations dotés de connaissances institutionnelles concernant l'élaboration, la négociation et l'application du Code, ainsi que des experts individuels. Le groupe élit, parmi ses membres, deux coprésidents. Le Secrétariat apportera un soutien aux travaux du groupe consultatif d'experts.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

28. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =

[1] Comme indiqué dans le document EB136/28, le Conseil exécutif, à sa cent trente-sixième session en a pris note (voir le document EB136/2015/REC/2, procès-verbaux de la huitième séance, section 3 (en anglais seulement)).