



Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial

Synthèse du débat public

1. Le Secrétariat a organisé sur le Web un débat public d'ampleur mondiale entre le 1^{er} septembre et le 3 octobre 2008. Le but était de consulter un ensemble le plus large possible de parties prenantes sur le premier projet de code de pratique de l'OMS. Plus de 90 contributions ont été reçues d'Etats Membres, d'institutions nationales, d'organisations de professionnels de la santé, d'organisations non gouvernementales, d'instituts universitaires, d'organisations internationales et d'autres acteurs.
2. Dans leurs contributions, les participants ont formulé plusieurs observations générales sur l'ensemble du projet de code et donné leur avis sur certaines sections de l'instrument. Le présent document fait la synthèse des principales remarques et suggestions qu'ils ont faites.¹

OBSERVATIONS GENERALES

3. De nombreux participants ont estimé que, d'une manière générale, le document devrait insister davantage sur la nécessité d'une action nationale et d'une coopération multilatérale pour déterminer l'impact du recrutement international des personnels de santé sur les pays qui connaissent une crise des effectifs, en particulier les pays en développement. Ils ont suggéré plusieurs révisions du texte en ce sens. Plusieurs d'entre eux ont également fait des commentaires sur l'équilibre entre les droits des agents de santé, des pays de destination et des pays d'origine dans le projet de code. Certains ont jugé à cet égard que le texte n'accordait pas assez d'importance aux besoins des systèmes de santé des pays d'origine.
4. Un certain nombre de participants ont évoqué la nature non contraignante de l'instrument. Certains ont estimé que le projet de code devrait être systématiquement formulé d'une façon qui indique sa nature facultative en évitant les formules qui pourraient donner à penser que les dispositions sont obligatoires. Il a été noté que le document manquait de cohérence à cet égard. Toutefois, d'autres participants ont estimé que le mot « facultatif » devrait être supprimé dans le projet de code.
5. Plusieurs participants ont considéré que la collecte de données, l'échange d'informations, le suivi et les dispositifs institutionnels recommandés dans les articles 7, 8 et 10 étaient des éléments importants du projet de code qui pourraient renforcer les systèmes de santé. Certains ont fait des

¹ Les contributions figurent dans leur intégralité et sous forme résumée sur le site Web de l'OMS.

suggestions concrètes pour améliorer et développer ces mécanismes. Toutefois, un participant a recommandé de supprimer les articles 8.2, 10.1 et 10.2. Un autre a recommandé que, puisque le code sera un instrument non contraignant, on évite d'utiliser dans le texte le mot « application » au sens juridique.

Article 1 – Objectifs

6. De nombreux participants étaient d'avis que le projet de code devrait insister sur la nécessité d'une collaboration immédiate pour parer aux conséquences négatives du recrutement international des personnels de santé sur le système de santé des pays qui connaissent une crise des effectifs et que cet objectif devrait figurer dans l'article 1. Certains ont également souligné qu'il faudrait modifier le projet de code pour indiquer, parmi les objectifs, que tous les pays devraient tendre vers l'autosuffisance du personnel de santé national.

Article 2 – Nature et portée

7. Certains participants ont estimé qu'il faudrait étoffer la section du projet de code consacrée aux définitions. Il a été suggéré de définir, en plus des personnels de santé, les pays en développement, le recrutement et les recruteurs. Aux yeux de plusieurs participants, l'article 2.4 n'instaurait pas un juste équilibre entre les intérêts des pays d'origine, des pays de destination et des personnels de santé.

Article 3 – Principes directeurs

8. D'après certains commentaires, l'article 3 devrait comprendre un nouveau principe selon lequel les pays de destination devraient fournir un appui financier et technique aux pays d'origine en compensation de l'enseignement et de la formation suivis par les personnels de santé recrutés à l'étranger. Ce principe a de nouveau été évoqué au sujet de l'article 11. Il a été estimé en outre que le code devrait énoncer un nouveau principe de solidarité. D'autres participants ont recommandé de faire figurer l'autosuffisance du personnel de santé national parmi les principes de l'article 3.

9. Certains participants ont estimé que l'article 3.5 devrait préciser la portée de la recommandation concernant le principe d'égalité de traitement des personnels de santé migrants, qui devrait englober, sans toutefois s'y limiter, les mêmes droits et responsabilités juridiques que les personnels de santé formés localement en ce qui concerne la liberté syndicale, la santé et la sécurité au travail, le temps de travail, le repos hebdomadaire, les congés payés annuels et la protection de la maternité.

Article 4 – Pratiques en matière de recrutement et traitement appliqué aux personnels de santé

10. Certains participants ont estimé qu'il faudrait réviser l'article 4 pour insister davantage sur les responsabilités juridiques des personnels de santé envers les pays d'origine et de destination comme l'obligation d'assurer la sécurité du patient, de respecter la loi et les obligations contractuelles et de défendre l'intérêt de la santé publique.

11. Plusieurs participants ont estimé qu'il faudrait ajouter dans l'article 4 une nouvelle disposition recommandant que les Etats interdisent le recrutement actif de personnels de santé des pays qui connaissent une crise des effectifs. D'autres ont suggéré que le code recommande aux Etats Membres d'interdire le recrutement actif sauf lorsqu'il existe des accords bilatéraux, régionaux ou multilatéraux entre les pays d'origine et de destination.

Article 5 – Réciprocité des avantages

12. 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. Il a été suggéré, par exemple, d'ajouter dans l'article 5 une disposition recommandant qu'à la demande des Etats Membres, les organisations régionales et internationales facilitent l'élaboration et l'application d'accords bilatéraux dans leur domaine de compétence. Un participant a toutefois estimé que le projet de texte insistait trop sur l'élaboration d'accords bilatéraux multiples et qu'il faudrait envisager d'autres options.

Article 6 – Pérennité du personnel de santé national

13. Plusieurs participants étaient d'avis de réviser le texte pour insister davantage sur l'autosuffisance du personnel de santé national. L'un d'entre eux a par exemple suggéré de recommander que les Etats Membres adoptent des stratégies nationales d'ensemble pour promouvoir l'autosuffisance du personnel de santé, notamment en employant les immigrants déjà dans le pays. Pour faciliter l'emploi de ces derniers, il est recommandé de prévoir des programmes supplémentaires d'études et de formation, y compris d'apprentissage de la langue.

Article 7 – Collecte de données et recherche

14. Plusieurs participants ont jugé que les mécanismes de collecte de données et d'échange d'informations recommandés dans les articles 7 et 8 étaient des éléments importants du projet de code et ils ont fait des suggestions pour renforcer les dispositions. L'un d'entre eux était d'avis que l'OMS devrait jouer un rôle directeur dans la recherche visée à l'article 7.3 du code et que celle-ci devrait être soigneusement coordonnée avec les programmes de recherche existants pour éviter que les activités ne fassent double emploi ou ne se chevauchent. Certains ont estimé en outre que les pays en développement auraient besoin d'un appui pour être en mesure de suivre les recommandations des articles 7 et 8 concernant la collecte de données et l'échange d'informations.

Article 8 – Echange d'informations

15. Certains participants ont recommandé d'étendre l'échange d'informations facultatif prévu à l'article 8 à des éléments d'information tels que les dispositions réglementaires nationales s'appliquant aux personnels de santé, les obligations contractuelles des personnels de santé envers leur pays d'origine et les mesures prises par les Etats Membres pour assurer une bonne planification des ressources humaines. Certains ont estimé que le texte devrait indiquer plus précisément sur quoi doit porter l'échange de données. D'autres participants ont suggéré que les lignes directrices rédigées par l'OMS en vertu de l'article 10 définissent un ensemble minimum de données à s'échanger au titre de l'article 8. Il a été suggéré par ailleurs que l'OMS publie un recueil des données rassemblées au titre de l'article 8.

Article 9 – Application du code

16. D'après certains participants, il faudrait ajouter dans le projet de code une nouvelle disposition recommandant que les Etats Membres, dans la mesure du possible, édictent des règles concernant les recruteurs et les employeurs des secteurs public et privé et les soumettent à un contrôle afin de promouvoir le respect du code. Il a également été suggéré que les Etats Membres s'efforcent de ne faire appel qu'aux organismes de recrutement qui observent les dispositions du code.

17. Certains participants étaient d'avis que le projet de code devrait faire des recommandations concernant le rôle des organismes d'accréditation et de réglementation dans l'application de l'instrument. Certains ont suggéré d'ajouter dans le projet de code une nouvelle disposition recommandant de délivrer des autorisations d'exercer aux personnels de santé. D'autres ont suggéré une nouvelle disposition recommandant que les Etats Membres exigent l'accréditation des recruteurs et des employeurs. Il a également été proposé d'ajouter une disposition recommandant que les Etats Membres envisagent de retirer leur accréditation aux recruteurs et aux employeurs qui n'observent pas le code.

Article 10 – Suivi et dispositifs institutionnels

18. Un certain nombre de participants ont jugé que les dispositifs de suivi recommandés à l'article 10 étaient des éléments importants du projet de code. Plusieurs étaient partisans de renforcer ces mécanismes, notamment en recommandant l'établissement de rapports semestriels au lieu de rapports périodiques dans l'article 10.2. D'autres ont estimé que l'élaboration, par l'OMS, de lignes directrices et de recommandations en vertu de cet article pouvait sensiblement contribuer à l'application du code. Il a été suggéré par exemple que le Secrétariat rassemble et communique des informations sur les meilleures pratiques concernant les partenariats recommandés à l'article 11 ou l'ensemble minimum de données qu'il est recommandé d'échanger à l'article 8. Un participant a recommandé de supprimer les articles 10.1 et 10.2.

Article 11 – Partenariats, collaboration technique et appui financier

19. Un certain nombre de participants étaient d'avis de renforcer l'article 11 en y ajoutant de nouvelles dispositions recommandant que les Etats Membres fournissent une aide technique et financière prévisible aux pays d'origine en compensation de l'enseignement et de la formation suivis par les personnels de santé recrutés ou pour contribuer à augmenter la rémunération du personnel de santé travaillant dans le secteur public.

= = =