Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-huitième session
Point 10.1 de l'ordre du jour provisoire

EB138/35
20 novembre 2015

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

Rapport du Secrétariat

1. 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 dans la résolution WHA63.16. Il s'agit d'un cadre multilatéral complet pour le renforcement des personnels de santé, qui met l'accent sur la mobilité internationale des professionnels de santé.

2. En 2013, le Secrétariat a présenté à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé le premier rapport sur les progrès accomplis dans l'application du Code,[1] 85 États Membres avaient alors désigné une autorité nationale et 56 avaient soumis un rapport au moyen de l'instrument national de notification.

3. En 2015, la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a examiné le rapport du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code.[2] Au cours de ses délibérations, le Groupe a conclu que le Code restait pertinent et que les données attestant de son efficacité étaient de plus en plus nombreuses. Il a également conclu que le travail de développement, de renforcement et de mise en œuvre de cet instrument devait être considéré comme un processus continu.

4. Le présent rapport, qui concerne le deuxième cycle de notification nationale est soumis conformément aux dispositions des articles 9.2 et 7.2.c) du Code.

SOUTIEN AUX ÉTATS MEMBRES APPLIQUANT LE CODE

5. Le Secrétariat a fourni un soutien dans trois domaines d'activité comme indiqué ci-après.

[1] Voir le document A66/25.

[2] Voir le document A68/32 Add.1.

Autorités nationales désignées

6. En collaboration avec les bureaux régionaux, le Secrétariat a poursuivi ses efforts pour promouvoir la désignation par chaque État Membre d'une autorité nationale chargée d'échanger des informations concernant la migration des personnels de santé et l'application du Code. Des autorités nationales ont été désignées dans 114 pays, soit une augmentation de 34 % depuis le premier cycle de notification nationale en 2012-2013 (voir tableau 1) ; 85 % de ces autorités relèvent du ministère de la santé, 9 % d'instituts de santé publique et 6 % d'autres institutions (autorités sanitaires, conseils de la santé ou ressources humaines pour les observatoires de la santé).

7. Le nombre global d'autorités nationales désignées a considérablement augmenté. Des progrès importants ont été réalisés dans certaines Régions, en particulier un quadruplement du nombre d'autorités nationales désignées dans la Région du Pacifique occidental.

Tableau 1. Nombre d'autorités nationales désignées par Région OMS et nombre d'autorités nationales désignées qui ont rendu compte au Secrétariat au moyen de l'instrument national de notification au 30 septembre 2015

	Premier cycle de notification (2012-2013)		Deuxième cycle de notification (2015-2016)			
Région OMS	Nombre d'autorités nationales désignées	Nombre d'autorités nationales désignées qui ont rendu compte au Secrétariat	Nombre d'autorités nationales désignées	Nombre d'autorités nationales désignées qui ont rendu compte au Secrétariat	Nombre de rapports à remettre	Nombre d'autorités nationales désignées dont aucune réponse n'a été reçue
Afrique	13	2	12	5	5	2
Amériques	11	4	15	8	4	3
Asie du Sud-Est	4	3	7	6	1	0
Europe	43	40	43	25	9	9
Méditerranée orientale	8	3	13	5	5	3
Pacifique occidental	6	4	24	11	4	9
Total	85	56	114	60	28	26

Instrument national de notification

8. En consultation avec les États Membres et les partenaires compétents, le Secrétariat a amélioré l'instrument national de notification, outil d'autoévaluation à la disposition des pays, comme suit :

a) en étendant l'instrument de façon à couvrir le développement et la pérennisation des personnels de santé, ainsi que les droits juridiques des migrants, les accords bilatéraux, la recherche sur la mobilité des personnels de santé, les statistiques, la réglementation de l'autorisation d'exercer, les partenariats et la coopération technique ;

b) en élaborant, en coopération avec l'OCDE et Eurostat, et en coordination avec les bureaux régionaux, un module sur la migration des personnels de santé et en l'introduisant dans l'instrument national de notification conformément aux articles 6 et 7 du Code. Ce module va de pair avec un questionnaire sur la collecte conjointe des données sur les aspects non monétaires des soins de santé[1] et facilite la collecte de données sur les effectifs et les flux annuels d'entrée de médecins et d'infirmières par pays où ils ont obtenu leur première qualification professionnelle.[2] Il contient de nouvelles données ventilées sur les personnels de santé formés à l'étranger ;

c) en ajoutant à l'instrument national de notification, conformément à l'article 9.4 du Code, une nouvelle partie pour les autres parties prenantes qui souhaitent fournir des informations relatives à l'application du Code.

9. Au 30 septembre 2015, 60 des 114 autorités nationales désignées (53 %) avaient achevé et soumis un rapport au moyen de l'instrument national de notification pour le deuxième cycle de notification nationale (voir Tableau 1). Par rapport au premier cycle, cela représente une augmentation pour toutes les Régions sauf pour la Région européenne. La grande majorité des pays qui ont soumis des rapports lors du deuxième cycle de notification sont des pays connus de départ et de destination pour les migrations internationales de personnels de santé.

Collaboration

10. Le Secrétariat favorise une collaboration entre de multiples partenaires, y compris des gouvernements et des universités, et des organisations et réseaux de la société civile afin de soutenir l'action de plaidoyer et le travail d'analyse qu'exige le Code. On notera parmi les principales réalisations les efforts des États Membres pour traduire le Code dans leur langue officielle (notamment l'allemand, le catalan, le finnois, l'indonésien, l'italien, le japonais, le néerlandais, le polonais, le roumain et le thaï) ; l'introduction des dispositions du Code dans la législation nationale (par exemple en Allemagne) et dans des accords bilatéraux (plus précisément dans des pays de départ tels que la République de Moldova et les Philippines) ; et l'utilisation du Code pour promouvoir le dialogue multisectoriel sur la pérennisation des systèmes de santé (El Salvador, Indonésie, Maldives, Ouganda et Philippines).

11. Au niveau régional, le Secrétariat a soutenu une série d'activités et d'initiatives interpays pour promouvoir l'application du Code, y compris : l'organisation par l'Organisation arabe de développement administratif de la Treizième Conférence arabe sur les nouvelles tendances en gestion hospitalière, qui a débouché sur une déclaration appelant à ce que des efforts soient faits pour accroître la responsabilisation en ce qui concerne l'application progressive du Code dans les pays de la Ligue arabe, du Conseil de coopération du Golfe et de la Région de la Méditerranée orientale ; les efforts des ministres ibéro-américains de la santé pour renforcer les systèmes d'information sur les ressources humaines pour la santé en rapport avec le suivi des migrations des professionnels de santé conformément au Code ; et les efforts du Conseil des Ministres de la santé d'Amérique centrale pour définir une politique régionale de gestion des flux migratoires. De même, l'OMS a tenu son engagement et apporté son soutien à l'action conjointe de l'Union européenne en matière de

[1] Voir OCDE et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Plan d'action conjoint à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/232426/OECD-Joint-statement_09013_FINAL.pdf (consulté le 20 octobre 2015).

[2] Des informations plus détaillées seront fournies dans un additif au présent rapport du Secrétariat à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2016.

planification et de prévision des personnels de santé, et attend avec intérêt les recommandations d'action conjointe qui seront faites à la suite d'un rapport sur l'applicabilité du Code dans le cadre de l'Union européenne en vue de promouvoir la pérennisation des personnels de santé à moyen et à long terme. Le Secrétariat a soutenu une série d'activités dans la Région de l'Asie du Sud-Est, notamment l'organisation d'une table ronde ministérielle sur le renforcement des personnels de santé au cours de la soixante-huitième session du Comité régional de l'Asie du Sud-Est. La décennie du renforcement des personnels de santé (2015-2024), initiative lancée par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, est considérée comme une plateforme critique pour la mise en œuvre du Code.

RÉSULTATS DU DEUXIÈME CYCLE DE NOTIFICATION NATIONALE

12. Sur les 60 pays qui ont soumis un rapport, 40 (67 %) indiquent que des mesures ont été prises en vue de l'application du Code. La moitié de ceux-ci déclarent avoir procédé à une évaluation des besoins en vue de l'application du Code aux niveaux national, infranational et local. On a une idée plus claire des problèmes rencontrés au niveau national qu'au niveau infranational ou local.

13. Plusieurs thèmes majeurs se dégagent. Le premier concerne les demandes d'assistance technique pour l'intégration des dispositions du Code dans la législation et les réglementations nationales ; le renforcement de la réglementation aussi bien dans le secteur public que privé ; et la promotion de la collaboration intersectorielle, plus précisément entre les ministères de la santé et les ministères du travail et des affaires sociales. Par ailleurs, aux niveaux régional et mondial, les pays sont confrontés à un problème commun, à savoir le lien entre les réglementations qui ont été mises en place pour orienter leurs travaux au niveau national et celles qui découlent d'accords bilatéraux. Un troisième thème commun a trait à la mauvaise qualité des données disponibles et à la nécessité de développer des capacités et de mettre des fonds à disposition pour normaliser, collecter et échanger des données sur la mobilité qui puissent servir à renforcer la planification des personnels de santé et à suivre efficacement l'application et l'impact du Code.[1]

Développement des personnels de santé et pérennisation des systèmes de santé

14. Le Code est un cadre complet pour le développement des personnels de santé qui s'étend au-delà de la migration des personnels. Ce point a été souligné dans les rapports soumis par les États Membres : 88 % des rapports reçus fournissent des informations détaillées sur les mesures prises pour répondre aux besoins en personnels de santé au moyen de personnels formés dans le pays. Parmi les solutions indiquées figure l'augmentation du nombre de postes de qualité disponibles, une attention accrue étant portée aux besoins nouveaux en matière de compétences et de savoir-faire, au perfectionnement continu du personnel et à l'amélioration des conditions de travail et des rémunérations.

15. Sur les 60 pays ayant soumis un rapport, 43 (72 %) ont indiqué que des mesures avaient été prises pour remédier à la mauvaise répartition géographique des personnels de santé au niveau national. Les résultats de ces mesures demandent à faire l'objet d'une analyse et d'une synthèse plus poussées. La figure ci-dessous illustre la situation des personnels migrants sur le plan de leurs droits, du recrutement et de la réglementation de l'exercice de leur profession. Les informations concernant les statistiques et l'autorisation d'exercer des personnels de santé formés à l'étranger concernent principalement les médecins, les infirmières, et dans une moindre mesure, les sages-femmes.

[1] De plus amples informations seront données dans un additif au présent rapport du Secrétariat à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2016.

Figure. Points saillants des informations obtenues auprès de 60 autorités nationales désignées utilisant l'instrument national de notification (par article du Code), au 30 septembre 2015



16. Bien qu'il semble y avoir peu de signes d'appui interpays à l'application du Code, près de la moitié des pays qui ont remis un rapport (28) sont engagés dans des accords bilatéraux, régionaux ou multilatéraux concernant le recrutement des personnels de santé, ce qui témoigne la nature interconnectée des marchés du travail et de la mobilité des acteurs sur ce marché. La majorité de ces accords, principalement en ce qui concerne les médecins et les infirmières, ont précédé l'adoption du Code et restent valables. De nouveaux accords semblent avoir été conclus au niveau régional (plus précisément concernant les pays de l'ASEAN, les pays nordiques et les pays du Moyen-Orient) d'après les données fournies par une dizaine de pays concernant les dentistes et par trois pays concernant les pharmaciens.

17. Vingt-cinq pays ont choisi de fournir des informations sur le profil de l'entité qui soumet le rapport et des informations sur d'autres parties prenantes et sur les organisations internationales ayant pris part au processus de notification.

Collecte de nouvelles données sur la mobilité des personnels de santé

18. Conformément aux recommandations figurant dans les articles 6 et 7, de nouvelles données sur l'étendue de la mobilité internationale ont été obtenues à partir du module sur les migrations des personnels de santé de l'instrument national de notification (voir Tableau 2 pour des informations sur les données obtenues). Sur les 60 pays qui ont rempli l'instrument, des informations facultatives ont été fournies par 31 concernant les effectifs de médecins formés à l'étranger ; par 22 sur les flux d'entrée de médecins formés à l'étranger ; par 27 sur les effectifs d'infirmiers/ères formé(e)s à l'étranger ; et par 19 sur les flux d'entrée d'infirmiers/ères formé(e)s à l'étranger. Les pays ont également fourni des informations sur les différentes approches adoptées par les pays de destination concernant l'enregistrement/l'homologation et la recertification. S'il existe des différences entre pays en ce qui concerne la disponibilité de données annuelles, dans l'ensemble, il existe de fortes possibilités d'améliorer en permanence la collecte des données.

19. Une comparaison avec les bases de données internationales[1] confirme que dix des principaux pays de destination des migrants internationaux ont pris part au deuxième cycle de notification.[2] La comparaison avec les données de l'OCDE sur les migrations des professionnels de santé confirme que les rapports soumis par l'Allemagne, l'Australie, le Canada, l'Espagne, les États-Unis d'Amérique, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord concernent près de 75 % des médecins formés à l'étranger déclarés dans les 26 pays de l'OCDE. À cet égard, on a noté une nette amélioration de la participation des grands pays de destination lors du deuxième cycle de notification.

Tableau 2. Information sur les données obtenues concernant les médecins formés à l'étranger de 60 autorités nationales désignées utilisant l'instrument national de notification – au 30 septembre 2015

Région OMS	Nombre de rapports reçus par le Secrétariat	Effectifs de médecins formés à l'étranger		Afflux annuel de médecins formés à l'étranger	
		Nombre de pays pour lesquels des données sont disponibles	Nombre médian d'années (données disponibles)	Nombre de pays pour lesquels des données sont disponibles	Nombre médian d'années (données disponibles)
Afrique	5	1	3	0	–
Amériques	8	4	5,5	2	13
Asie du Sud-Est	6	3	7	2	15
Europe	25	17	7	15	7
Méditerranée orientale	5	0	–	0	–
Pacifique occidental	11	6	7	3	2
Total	60	31	7	22	8

[1] Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies (2013). *Trends in international migrant stock: the 2013 revision* (United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2013).

[2] Ces pays et le pourcentage de migrants internationaux qui y vivent sont les suivants : États-Unis d'Amérique (19,8 %) ; Allemagne (4,2 %) ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (3,4 %) ; France (3,2 %) ; Canada (3,2 %) ; Australie (2,8 %) et Espagne (2,8 %).

POURSUITE DE L'APPLICATION

20. La quantité et la qualité des données notifiées par les États Membres concernant l'application du Code se sont considérablement améliorées au cours du deuxième cycle de notification. On a noté une augmentation de 34 % du nombre d'autorités nationales désignées, ce qui aura un impact important sur l'application du Code pour ces États Membres. En outre, la participation des principaux pays de destination (représentant plus de 75 % des migrations de médecins vers les pays de l'OCDE) non seulement légitime le Code et ses articles mais explique la quantité et la qualité croissantes des données notifiées.

21. Cette augmentation de 34 % est une réponse positive à une affirmation réitérée par le Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code quant à l'importance de la désignation par les États Membres d'une autorité nationale conformément aux dispositions de l'article 7.3 du Code, pour faciliter le dialogue national, soutenir l'application et coordonner l'échange d'informations et la notification.[1]

22. À ce jour, 53 % des autorités nationales désignées ont soumis un rapport. Le Secrétariat collabore avec les États Membres restant dotés d'autorités nationales désignées qui ne l'ont pas encore fait dans le cadre du deuxième cycle de notification nationale (47 %) et soumettra un rapport assorti d'un additif comportant des informations supplémentaires à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2016.

23. Les États Membres ont transmis des messages clairs concernant leur besoin d'intégrer l'application du Code et son suivi dans une analyse et une planification plus larges des personnels de santé au plan national. En 2015, l'Assemblée de la Santé a prié le Secrétariat de renforcer (aux niveaux mondial, régional et des pays) sa capacité à faire connaître l'instrument, de fournir un appui technique et de promouvoir la bonne application du Code ainsi que l'établissement de rapports à son sujet.[2] Le projet de stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 tient compte de cette demande[3] et insiste sur la poursuite de la mise en œuvre du Code. Il met l'accent sur la demande croissante de personnels de santé en raison de l'augmentation de la population et des transitions démographique et épidémiologique. Cette demande va créer de nouvelles possibilités d'emploi, surtout dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ou élevé. Il est donc probable que l'on continue à avoir besoin de professionnels de santé formés à l'étranger. Le soutien financier de la Commission européenne et du Gouvernement norvégien a permis à l'OMS de mettre en œuvre un programme à petite échelle pour soutenir l'application du Code dans cinq pays ; il sera répondu aux nouvelles demandes des États Membres en fonction des ressources financières et techniques disponibles en 2016-2017.

24. Les nouveaux aspects du développement et de la pérennisation des personnels de santé, évalués jusqu'ici lors du deuxième cycle de notification, attestent des effets bénéfiques du Code, qui a permis d'appeler l'attention sur l'emploi, la formation et la fidélisation des personnels ; la sensibilisation accrue au caractère mondial de la mobilité des personnels de santé, qui exige une amélioration des relations bilatérales et multilatérales ; et la nécessité d'une action de l'ensemble des pouvoirs publics – santé, éducation, travail et autres ministères. Les efforts futurs à cet égard doivent viser plus

[1] Voir le document A68/32 Add.1.

[2] Voir la décision WHA68(11) sur le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

[3] Voir le document EB138/36.

particulièrement à mieux faire comprendre l'enjeu de la pérennisation des personnels de santé pour le renforcement des systèmes de santé et pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Le projet de stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 présente un certain nombre d'options pour orienter les efforts dans ce sens.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

25. Le Conseil est invité à prendre note du rapport.

= = =