

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

## **Rapport du Secrétariat**

1. Le présent rapport complète les informations fournies dans le document A69/37 sur le deuxième cycle de notification nationale, présenté en vertu des articles 9.2 et 7.2.c) du Code.

### **CONTEXTE**

2. Le deuxième cycle de notification nationale sur la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé a débuté en mars 2015 et a pris fin en février 2016. Cent dix-sept États Membres ont fait part au Secrétariat de leur autorité nationale désignée pour rendre compte des progrès réalisés pendant cette période au moyen de l'instrument national de notification.<sup>1</sup> L'instrument national de notification est composé de trois modules permettant : i) une évaluation comparative de la mise en œuvre par rapport aux 10 principaux articles du Code (module 1) ; ii) des rapports sur les effectifs actuels et les flux d'entrée (en fonction du pays où a eu lieu la première formation) des médecins et infirmiers formés à l'étranger (module 2) ; et iii) des contributions de parties prenantes indépendantes au processus de notification nationale décrivant leurs expériences.

3. Le présent addendum est composé de quatre sections principales : i) une analyse complémentaire des informations collectées au moyen de l'instrument national de notification (module 1) ; ii) les conclusions principales des données collectées sur les médecins et les infirmiers formés à l'étranger (module 2) ; iii) les conclusions principales du rapport unique des parties prenantes indépendantes (huit études de pays) décrivant le rôle des acteurs non étatiques dans l'appui à la mise en œuvre du Code (principalement dans la Région européenne) ; et iv) les résultats préliminaires d'un programme de travail intitulé « Brain drain to brain gain »,<sup>2</sup> qui appuie la mise en œuvre du Code dans cinq pays.

---

<sup>1</sup> Disponible en plusieurs langues à l'adresse <http://who.int/hrh/migration/fr/> (consulté le 22 mars 2016).

<sup>2</sup> Initiative sur trois ans (2014-2017) cofinancée par la Commission européenne et la Norad.

## L'INSTRUMENT NATIONAL DE NOTIFICATION

4. Le Tableau 1 présente le nombre et la répartition régionale des autorités nationales désignées au deuxième cycle de notification (2015-2016), ainsi que la situation des notifications réalisées par ces autorités. Dans l'ensemble, on constate une nette amélioration du nombre d'États Membres désignant des autorités nationales depuis le premier cycle (2012-2013), avec une augmentation de 37 % (de 85 à 117).

5. La Carte 1 permet de mieux visualiser la situation des notifications par pays et les autorités nationales désignées : 92 des 117 pays ont donné une réponse complète ou partielle. Les rapports des autorités nationales désignées seront mis à disposition après la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.<sup>1</sup> Certains cas sont présentés plus en détail dans les sections suivantes.

**Tableau 1. Liste (par Région de l'OMS) des États Membres de l'OMS dotés d'une autorité nationale désignée et situation de la réponse apportée à l'instrument national de notification (2015-2016)**

Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Afrique du Sud	Argentine	Bangladesh	Albanie**	Afghanistan**	Australie
Angola*	Bahamas	Bhoutan	Allemagne	Arabie saoudite**	Brunéi Darussalam*
Bénin*	Belize	Inde**	Arménie	Bahreïn**	Cambodge
Burundi	Brésil	Indonésie	Autriche	Djibouti	Fidji**
Cameroun	Canada	Maldives	Azerbaïdjan**	Iran (République islamique d')	Îles Cook
Ghana	Colombie	Myanmar	Bélarus**	Iraq*	Îles Marshall**
Namibie	Costa Rica**	Thaïlande	Belgique	Jordanie	Îles Solomon*
Nigéria	El Salvador		Bosnie-Herzégovine	Liban*	Japon
Ouganda	Équateur*		Chypre	Maroc	Kiribati
République-Unie de Tanzanie*	États-Unis d'Amérique		Croatie	Oman*	Malaisie
Sao Tomé-et-Principe	Guatemala*		Danemark	Qatar	Micronésie (États fédérés de)
Tchad*	Paraguay**		Espagne	République arabe syrienne**	Mongolie**
Togo**	Pérou**		Estonie	Soudan	Nioué**
Zimbabwe	Trinité-et-Tobago		Fédération de Russie	Yémen	Nouvelle-Zélande
	Uruguay*		Finlande		Palau
			France		Papouasie-Nouvelle-Guinée*
			Géorgie		Philippines

<sup>1</sup> Les rapports seront publiés à l'adresse <http://who.int/hrh/migration/fr/>.

Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
			Hongrie		République démocratique populaire lao
			Irlande		Samoa**
			Israël**		Singapour
			Italie		Tonga**
			Kazakhstan**		Tuvalu**
			Kirghizistan		Vanuatu**
			Lettonie		Viet Nam*
			Lituanie		
			Monaco*		
			Monténégro		
			Norvège		
			Ouzbékistan**		
			Pays-Bas		
			Pologne		
			Portugal		
			République de Moldova		
			République tchèque		
			Roumanie		
			Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord		
			Slovaquie		
			Slovénie*		
			Suède*		
			Suisse		
			Tadjikistan*		
			Turkménistan**		
			Turquie**		

\* États Membres ayant un instrument national de notification incomplet transmis par l'autorité nationale désignée.

\*\* États Membres sans réponse transmise par l'autorité nationale désignée (au 29/02/2016).

Carte 1. Situation de la réponse par pays et autorité nationale désignée (2015-2016)



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 des données : Organisation mondiale de la Santé

Production de la carte : Information, bases factuelles et recherche (IER)

Organisation mondiale de la Santé



© OMS 2016. Tous droits réservés.

6. L'instrument national de notification collecte des renseignements au sujet des accords bilatéraux que les pays ont signés ou non et qui tiennent compte des besoins des pays en développement et des économies en transition. Le Tableau 2 donne un aperçu des mesures suggérées et des réponses reçues. La majorité des pays ayant répondu à cette question ont indiqué que des investissements ont été engagés pour les programmes de formation et d'éducation dans le but d'augmenter le nombre de professionnels de la santé diplômés, ce qui permettra de répondre à la demande nationale, et que les quotas de postes subventionnés par des fonds publics et des bourses pour la formation initiale et continue ont été relevés.

7. En ce qui concerne la coopération technique en matière de mise en œuvre du Code, les 10 États Membres suivants ont fait savoir qu'ils ont fourni une aide à un ou plusieurs pays ou à d'autres parties prenantes dans le but d'appuyer cette mise en œuvre : l'Allemagne, El Salvador, les États-Unis d'Amérique, la France, l'Iran (République islamique d'), l'Irlande, l'Italie, la Norvège, la Suisse et la Thaïlande. Sept États Membres ont indiqué qu'ils avaient demandé l'aide d'autres États Membres ou de parties prenantes nationales afin de les soutenir dans la mise en œuvre du Code : le Bangladesh, le Canada, El Salvador, l'Indonésie, le Nigéria, les Philippines et la République de Moldova.

**Tableau 2. Sélection des mesures d'appui (proposé ou demandé) notifiées par les pays passant par des accords bilatéraux/multilatéraux qui tiennent compte des besoins des pays en développement ou dont les économies sont en transition (par Région de l'OMS)**

Formation	Jumelage d'établissements sanitaires	Promotion de la migration circulaire	Stratégies de fidélisation	Programmes d'éducation	Autres mesures
<b>Région africaine</b>					
Afrique du Sud	Afrique du Sud		Sao Tomé-et-Principe	Sao Tomé-et-Principe	
Sao Tomé-et-Principe					
<b>Région des Amériques</b>					
Bahamas	Bahamas	Brésil	Équateur	Bahamas	États-Unis d'Amérique
Belize	États-Unis d'Amérique	Colombie	États-Unis d'Amérique	Belize	
Brésil				Brésil	
États-Unis d'Amérique				Équateur	
				États-Unis d'Amérique	
<b>Région de l'Asie du Sud-Est</b>					
Bangladesh	Bangladesh		Indonésie	Bangladesh	Indonésie
Indonésie				Indonésie	
Myanmar				Myanmar	
Thaïlande				Thaïlande	
<b>Région européenne</b>					
Allemagne	Allemagne	Allemagne	Allemagne	Allemagne	Allemagne
France	Irlande	République de Moldova	Norvège	Irlande	Finlande
Irlande	Norvège			France	Irlande
Norvège				Norvège	
République de Moldova				République tchèque	
République tchèque				Roumanie	
Roumanie					
<b>Région de la Méditerranée orientale</b>					
Djibouti	Maroc	Qatar	Maroc	Maroc	
Maroc	Oman	Soudan	Qatar	Qatar	
Qatar	Yémen			Yémen	
Soudan					
Yémen					
<b>Région du Pacifique occidental</b>					
Australie	Kiribati	Cambodge	Îles Cook	Australie	Australie
Cambodge	Philippines	Kiribati	Kiribati	Îles Cook	Philippines
Îles Cook		Philippines		Philippines	
Malaisie					
Philippines					

## **DONNÉES SUR LES MIGRATIONS (MÉDECINS ET INFIRMIERS FORMÉS À L'ÉTRANGER)**

8. L'instrument national de notification exige des pays qu'ils précisent quatre décomptes d'effectifs pour les médecins et les infirmiers pour les années 2000 à 2014 afin de faire la différence entre le total des effectifs et le pourcentage de professionnels de la santé nés et formés à l'étranger. En outre, des données ont été demandées concernant les flux d'entrée annuels de professionnels de la santé nés et formés à l'étranger (à distinguer des professionnels nés dans le pays mais formés à l'étranger). Les résultats obtenus indiquent que des efforts concertés sont nécessaires pour renforcer et institutionnaliser la notification de données sur les migrations.

9. Les analyses<sup>1</sup> indiquent que les médecins nés à l'étranger représentaient 22 % des médecins en activité dans les pays de l'OCDE en 2010-2011 (contre 20 % en 2000-2001), alors que les infirmiers nés à l'étranger représentaient 14 % de l'ensemble du personnel infirmier (contre 11 % en 2000-2001). La part de professionnels de la santé formés à l'étranger est moins élevée (17 % pour les médecins et 6 % pour les infirmiers en 2012-2014), ce qui laisse entendre que les pays d'accueil s'occupent d'une partie de leur formation. L'Inde et les Philippines fournissent les contingents les plus importants de médecins et d'infirmiers migrants aux pays de l'OCDE. Les cinq pays principaux non membres de l'OCDE pourvoyeurs de médecins migrants, par ordre d'importance, sont l'Inde, la Chine, le Pakistan, les Philippines et la République islamique d'Iran, alors que pour les infirmiers il s'agit des Philippines, de l'Inde, de la Jamaïque, du Nigéria et d'Haïti.

10. Les pays extérieurs à l'OCDE affichent également des niveaux variables de dépendance vis-à-vis des médecins formés à l'étranger, qui oscillent entre 0 et 2 % au Cambodge, aux Philippines, en République démocratique populaire lao et en Thaïlande ; 2 et 10 % en Argentine, au Brésil et en Lettonie ; 10 et 20 % en Afrique du Sud, aux États fédérés de Micronésie, à Kiribati et aux Maldives ; et plus de 20 % au Belize, en Namibie, à Singapour et à Trinité-et-Tobago. Les rapports nationaux ont également permis de décrire les dimensions de la dépendance intra et interrégionale vis-à-vis des professionnels de la santé formés à l'étranger. Par exemple un tiers des 6,7 % de médecins formés à l'étranger que compte l'Argentine sont originaires de l'État plurinational de Bolivie et un tiers de Colombie, la totalité des 23,5 % de médecins du Belize formés à l'étranger sont originaires de Cuba, la quasi-totalité des 17,6 % de médecins de Kiribati formés à l'étranger sont originaires des Fidji, et presque un médecin sur deux à Trinité-et-Tobago est né et a été formé à l'étranger, dont un tiers en Inde, un quart en Jamaïque et un quart au Nigéria. Dans l'ensemble, les pays présentant des taux de dépendance élevés (c'est-à-dire supérieurs à 50 %), comme la Namibie et Singapour, ne sont pas encore en mesure de fournir des informations détaillées sur les origines de leurs médecins formés à l'étranger.

## **LE RÔLE DES ACTEURS NON GOUVERNEMENTAUX DANS L'APPUI À LA MISE EN ŒUVRE DU CODE**

11. Le deuxième cycle de surveillance de la mise en œuvre du Code a également facilité les contributions d'autres parties prenantes concernées, conformément à la portée du Code précisée à l'article 2.2. Un rapport a été transmis par le partenariat « Health Workers for All » au sujet des efforts

---

<sup>1</sup> Perspectives des migrations internationales 2015. Paris, éditions OCDE, 2015 ([http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2015\\_migr\\_outlook-2015-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2015_migr_outlook-2015-fr), consulté le 22 mars 2016).

des acteurs non gouvernementaux dans huit pays européens. Les études étaient axées sur des domaines clés, notamment : i)<sup>1</sup> la mobilité, les migrations, le recrutement ; ii)<sup>2</sup> la planification et la prévision ; iii)<sup>3</sup> les droits, les conditions de travail et la protection ; et iv)<sup>4</sup> la cohérence, la collaboration et la solidarité.

12. Les études de cas des pays fournissent des preuves concernant l'approche multipartite de la promotion des principes du Code et leur traduction en mesures pratiques dans de nombreux contextes locaux et nationaux. Ces travaux ont débouché sur l'appel à l'action intitulé « A health worker for everyone, everywhere »,<sup>5</sup> formulé dans le but de conseiller les décideurs à l'échelle de l'Union européenne et des États Membres en ce qui concerne le soutien à la mise en œuvre du Code, dans le but de développer et de conserver des systèmes de santé solides et des effectifs d'agents de santé pérennes au sein et en dehors de l'Europe.

### **PROGRAMME « BRAIN DRAIN TO BRAIN GAIN »**

13. Le programme « Brain drain to brain gain » constitue un exemple d'initiative multipartite visant à donner un élan et à accélérer les progrès en matière de mise en œuvre du Code pour une meilleure gestion des migrations des personnels de santé. L'initiative œuvre à la promotion d'un dialogue politique mondial et à la sensibilisation vis-à-vis de la pertinence et de l'efficacité du Code, ainsi qu'à l'appui à sa mise en œuvre dans trois pays d'origine (l'Inde, le Nigéria et l'Ouganda), un pays de destination (l'Irlande) et un pays qui est à la fois pays d'origine et de destination des flux migratoires des personnels de santé (l'Afrique du Sud).

14. L'initiative se concentre sur le respect du Code et l'amélioration des données relatives aux migrations internationales des personnels de santé étant donné que des informations de meilleure qualité dans ce domaine s'imposent pour mieux gérer les flux migratoires. Un protocole de recherche a orienté la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. Par conséquent, un nouvel engagement a été pris au deuxième cycle : l'Afrique du Sud, l'Inde, le Nigéria et l'Ouganda ont confirmé la mise en place d'une autorité nationale désignée et l'Afrique du Sud, le Nigéria et l'Ouganda ont présenté des rapports complets. L'Irlande a réitéré les engagements pris lors du premier cycle confirmant à nouveau la mise en place d'une autorité nationale désignée et présentant un rapport complet.

15. Au terme de la première année d'activité de l'initiative, les données factuelles sur les migrations de certaines catégories d'agents de santé ont été renforcées. On est arrivé à la conclusion que, si les informations sur la production et la fourniture de personnels de santé étaient facilement accessibles, aucun pays ne disposait de mécanismes systématiques visant à enregistrer le « flux » des personnels de santé. Les premiers résultats de l'analyse des mesures indirectes laissent entrevoir des flux migratoires internationaux plus complexes que la perception traditionnelle d'une mobilité unidimensionnelle du Sud vers le Nord. Par exemple, si on prend les certificats de bonne pratique comme indicateur indirect des émigrations, deux tiers du personnel chirurgical quittant l'Ouganda est allé travailler dans d'autres pays d'Afrique.

---

<sup>1</sup> Pays-Bas et Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

<sup>2</sup> Pologne et Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

<sup>3</sup> Allemagne, Espagne et Italie.

<sup>4</sup> Belgique, Italie, Pays-Bas, Pologne et Roumanie.

<sup>5</sup> Voir [www.bit.ly/hw4all-call](http://www.bit.ly/hw4all-call) (consulté le 30 mars 2016).

16. Le dialogue politique à l'échelle nationale a permis de prendre des mesures et des décisions importantes. Le Gouvernement ougandais a révisé une proposition d'accord bilatéral avec Trinité-et-Tobago et l'Irlande est en train de créer une base de données nationale pour le suivi des médecins en se fondant sur un identifiant unique.

17. À l'échelle mondiale, l'initiative appuie un supplément spécial de la revue « Human Resources for Health » qui se penche sur l'utilité et l'efficacité du Code.<sup>1</sup> Quinze manuscrits revus par un comité de lecture décrivent des expériences mondiales, régionales et nationales. Les données factuelles révèlent des lacunes persistantes dans certains aspects des systèmes de santé (par exemple la formation, le recrutement et la fidélisation du personnel de santé) qui sont incontournables pour conserver l'« effet d'attraction » afin que les agents de santé exercent dans des zones mal desservies. Des résultats prometteurs montrent que, lorsque le tutorat est mis en place, la fidélisation augmente, en particulier parmi les spécialistes. Les facteurs de l'« effet de retour » pour les migrants qui rentrent dans leur pays restent la sûreté, la sécurité et la stabilité structurelle. Les politiques de gestion des migrations (en collaboration avec les acteurs étatiques et non étatiques) restent une priorité de premier plan pour un certain nombre de pays d'origine traditionnels qui sont confrontés à la double charge de l'émigration et des mauvais résultats sanitaires.

## CONCLUSIONS

18. Les résultats du deuxième cycle de notification montrent une amélioration notable au niveau mondial du nombre de pays désignant une autorité nationale afin de faciliter le dialogue national, de soutenir la mise en œuvre et de coordonner l'échange d'informations et l'établissement de rapports. Conformément à la demande formulée dans sa recommandation par le Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code,<sup>2</sup> le taux de réponses à l'instrument national de notification est passé de 56 (sur 85 pays) en 2012-2013 à 74 (sur 117 pays) en 2015-2016. Cela montre une hausse importante de la sensibilisation, de l'engagement et du dialogue concernant la mise en œuvre du Code.

19. Les conclusions principales continuent de tourner autour de l'attention que les pays devraient accorder à la planification des effectifs et aux perspectives de développement des politiques conformément aux principes du Code. L'internalisation du marché du travail de la santé (et de l'éducation sanitaire) crée de nouveaux défis pour les pays en matière de gestion de leurs professionnels de la santé, ainsi qu'en matière d'atteinte de niveaux adéquats d'autosuffisance. Les principes du Code restent un cadre utile et efficace pour orienter les solutions futures.

= = =

---

<sup>1</sup> Conformément aux définitions d'« utilité » et d'« efficacité » adoptées par le Conseil exécutif à sa cent trente-sixième session (janvier 2015). Voir [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_32Add1-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_32Add1-fr.pdf).

<sup>2</sup> Voir le document A68/32.