



Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

Rapport du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

Rapport du Directeur général

INTRODUCTION

1. En réponse à la décision WHA68(11) (2015) et conformément au processus établi pour examen par la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,¹ le Directeur général a convoqué un Groupe consultatif d'experts qu'il a chargé d'effectuer le deuxième examen de l'utilité et de l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.
2. À l'occasion du dixième anniversaire de l'adoption du Code, le Directeur général a l'honneur de transmettre le rapport du Groupe consultatif d'experts à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé (voir l'annexe).
3. Le rapport du Groupe consultatif d'experts présente les résultats des délibérations qui ont eu lieu entre juin 2019 et janvier 2020, y compris deux réunions en présentiel qui se sont tenues à Genève. La documentation complète sur laquelle s'appuie l'examen du Groupe consultatif d'experts, dont 13 notes techniques, deux documents de groupe de travail et 17 présentations lors d'un débat public, ainsi que l'ordre du jour et les notes des réunions, est disponible sur le site Web de l'OMS.²
4. La contribution du Groupe consultatif d'experts réaffirme le caractère central du Code pour la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire. Pour promouvoir la santé, assurer la sécurité dans le monde et aider les personnes vulnérables, les mesures de soutien et de sauvegarde requises par le Code doivent être en place. À cet égard, l'examen et la mise à jour par le Groupe consultatif d'experts d'une liste de pays susceptibles de bénéficier de ce type de mesures pour les personnels de santé seront les bienvenus.

¹ Voir le document A72/23, paragraphes 24 à 27.

² Disponible à l'adresse <https://www.who.int/activities/addressing-the-international-migration-of-health-workers> (en anglais seulement), consulté le 28 avril 2020.

CONCLUSIONS DU GROUPE CONSULTATIF D'EXPERTS

5. Le rapport du Groupe consultatif d'experts fournit un examen complet de l'utilité et de l'efficacité du Code. Ses conclusions font apparaître que le Code est de plus en plus utile, et attestent de l'amélioration de son efficacité. Néanmoins, le Groupe consultatif d'experts a identifié d'importantes lacunes au niveau de l'application du Code, en particulier dans plusieurs pays et Régions qui sont confrontés aux plus grands défis à relever dans le domaine des ressources humaines pour la santé.

6. Dix ans après son adoption, le Groupe consultatif d'experts a noté que le Code était largement reconnu comme étant le cadre éthique universel qui fait le lien entre le recrutement international des personnels de santé et le renforcement des systèmes de santé. L'appel lancé par le Code pour que les personnels de santé et les systèmes de santé bénéficient de mesures de soutien et de sauvegarde grâce à une coopération internationale renforcée, en accordant la priorité aux pays les plus vulnérables, est très pertinent dans le contexte mondial actuel où la couverture sanitaire universelle constitue une priorité politique, où des défis en matière de sécurité sanitaire ne cessent de s'amplifier, où des problèmes persistent dans le domaine des personnels de santé et où la mobilité internationale de ces derniers s'accroît.

7. Le Groupe consultatif d'experts a constaté que l'application complète du Code est nécessaire pour réaliser la vision globale visant à « œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé ». Comme le préconise la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, il est nécessaire de renforcer l'application des principes, des objectifs et des articles du Code afin de faire en sorte que les progrès réalisés en matière de couverture sanitaire universelle dans les États Membres servent à soutenir, et non à compromettre, des réalisations similaires dans d'autres pays.¹

SYNERGIES AVEC LE PROGRAMME MONDIAL SUR LES EFFECTIFS DU PERSONNEL INFIRMIER ET OBSTÉTRICAL

8. La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a déclaré l'année 2020 « Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier ». Le rapport et les recommandations du Groupe consultatif d'experts sont très pertinents pour l'Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier. Les problèmes liés à la migration du personnel infirmier et un appel à un renforcement de l'application du Code occupent une large place dans le *Rapport 2020 sur la situation du personnel infirmier dans le monde*, qui sera lancé le 7 avril 2020.²

9. Dans tous les pays, le personnel infirmier constitue une composante essentielle des soins de santé primaires et des systèmes de santé nationaux et représente plus de la moitié de l'ensemble des professionnels de santé dans le monde. Par ailleurs, selon ce rapport, la migration du personnel infirmier concerne environ un infirmier sur huit dans le monde et des facteurs démographiques sont susceptibles d'accélérer la mobilité internationale du personnel infirmier au cours de la prochaine décennie. Parallèlement, le rapport fait ressortir les limitations de la production et des capacités d'emploi du personnel infirmier dans de nombreux pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

¹ Voir la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. « Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé », 2019. Disponible à l'adresse <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf> (en anglais seulement), consulté le 28 avril 2010.

² Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>.

10. Le rapport du Groupe consultatif d'experts et le *Rapport 2020 sur la situation du personnel infirmier dans le monde* soulignent combien il est important de renforcer les données, l'éducation, la gouvernance et les partenariats en matière de personnels de santé, en apportant des mesures ciblées de soutien et de sauvegarde aux pays qui en ont le plus besoin.

11. Si l'on veut que les pays atteignent les objectifs prioritaires en matière de santé et les objectifs de développement plus larges liés à l'éducation, à l'emploi, à la croissance économique, ainsi qu'à la jeunesse et à l'autonomisation des femmes, il est essentiel d'investir dans les personnels de santé, en particulier pour les pays qui en ont le plus besoin. La pandémie de Covid-19 souligne l'importance de cet investissement. Afin de soutenir cet effort, le Secrétariat collabore activement avec les institutions financières internationales, notamment la Banque européenne d'investissement et la Banque mondiale, dans le but de mobiliser des investissements supplémentaires dans l'éducation, les compétences et les emplois liés aux personnels de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure.

12. L'Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier représente une opportunité importante pour obtenir les investissements nécessaires en matière de personnels de santé et la coopération internationale préconisés par le Code il y a 10 ans. Le *Rapport 2020 sur la situation du personnel infirmier dans le monde*, lancé en avril 2020, fournit également une base solide pour actualiser les *orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour renforcer les soins infirmiers et obstétricaux 2016-2020*¹ – une ressource importante pour les États Membres et les parties prenantes sur les investissements et les réformes politiques pour ces catégories professionnelles clés.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

13. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport et à examiner le projet de décision suivant :

La Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général et celui du Groupe consultatif d'experts de l'OMS sur l'utilité et l'efficacité du Code, reconnaissant en outre le rôle d'encadrement de l'OMS, a décidé :

- 1) de se féliciter de la conclusion fructueuse des travaux du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, de la façon dont ses coprésidents ont exercé leurs fonctions et de l'engagement manifesté par ses membres ;
- 2) de prendre note du rapport du Groupe consultatif d'experts de l'OMS sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;
- 3) de prier instamment les États Membres et d'inviter toutes les parties prenantes concernées à appliquer intégralement les recommandations du Groupe consultatif d'experts de l'OMS sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;

¹ Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour renforcer les soins infirmiers et obstétricaux 2016-2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

- 4) que le Groupe consultatif d'experts de l'OMS sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé devait réaliser une nouvelle évaluation de l'utilité et de l'efficacité du Code, qui devra être examinée à la suite du cinquième cycle de notification nationale en 2023-2024 et présentée à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ; et
- 5) de prier le Directeur général :
 - a) de promouvoir l'application effective des recommandations du Groupe consultatif d'experts de l'OMS sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ; et
 - b) de collaborer avec toutes les Régions de l'OMS pour actualiser les orientations stratégiques mondiales pour le renforcement du secteur des soins infirmiers et obstétricaux.

ANNEXE

**RAPPORT DU GROUPE CONSULTATIF D'EXPERTS SUR L'UTILITÉ ET
L'EFFICACITÉ DU CODE DE PRATIQUE MONDIAL DE L'OMS POUR LE
RECRUTEMENT INTERNATIONAL DES PERSONNELS DE SANTÉ**

Février 2020

Œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé :

*L'application du Code, par le biais de mesures de soutien et de sauvegarde du système de santé,
est nécessaire pour faire en sorte que les progrès sur la voie de
la couverture sanitaire universelle (CSU) dans les États Membres servent à soutenir, et
non à compromettre, des résultats similaires dans d'autres pays.*

Résumé d'orientation

En réponse à la décision WHA68(11), en 2015, le Directeur général a réuni un Groupe consultatif d'experts (EAG) avec pour mission de mener le deuxième examen de l'utilité et de l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (le Code). L'EAG a été chargé 1) de communiquer au Directeur général les données factuelles relatives à l'utilité et à l'efficacité du Code ; et 2) de fournir des orientations sur les mesures nécessaires pour garantir et renforcer l'utilité et l'efficacité du Code. L'EAG était composé de 27 personnes, notamment des représentants des États Membres, des organisations internationales et de la société civile, ainsi que des experts à titre individuel.

L'EAG a mené ses travaux au cours de la période allant de juillet 2019 à janvier 2020. Le processus d'examen a bénéficié des informations recueillies par le biais de 13 notes d'information techniques, de deux documents de groupe de travail et d'un débat public ouvert au cours duquel les autorités gouvernementales et les acteurs non étatiques ont fourni des données attestant de l'utilité et de l'efficacité du Code.

À l'issue de son examen, et comme en témoigne le corps du présent rapport, l'EAG confirme à l'unanimité que le Code est d'une utilité importante et croissante. Le Groupe constate en outre que l'efficacité du Code et la disponibilité des informations permettant d'évaluer son efficacité se sont considérablement renforcées depuis le premier examen du Code en 2015. Toutefois, il observe des lacunes importantes dans l'application du Code, dont le niveau actuel est insuffisant pour réaliser le plein potentiel du Code, alors que c'est nécessaire pour progresser vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et atteindre les objectifs de développement durable.

Le Groupe note que l'intégration des recommandations du Code dans le droit national, les politiques et les accords nationaux, ainsi que les politiques régionales, et leur application, se fait en grande partie sur une base ad hoc et sur celle du leadership des pays plutôt que par le biais de ressources financières ciblées. En effet, depuis son adoption, le Code bénéficie d'une assistance financière et technique limitée pour son application. Par conséquent, et c'est là un sujet de préoccupation, plusieurs pays et Régions particulièrement dans le besoin ne bénéficient toujours pas de tout le potentiel du Code. L'EAG constate également des lacunes notables au niveau de l'engagement du Code avec les acteurs non étatiques.

À l'occasion du dixième anniversaire de l'adoption du Code, l'EAG rappelle combien il est important de fournir des mesures de soutien et de sauvegarde actives en matière de recrutement aux pays confrontés aux plus grands défis. Pour le Groupe, l'indice de couverture des services de la CSU et la densité des personnels de santé devraient servir à identifier et à cibler ces mesures sur les pays qui sont confrontés aux défis les plus urgents en matière de personnels de santé au regard de la CSU.

Pour que le Code puisse atteindre tout son potentiel, il est indispensable que l'OMS, les États Membres et les autres parties prenantes se concentrent de manière concertée sur son application. Pour combler les lacunes existantes et exploiter au maximum le vaste potentiel du Code, le Groupe recommande les mesures suivantes :

- a) L'EAG recommande que l'OMS renforce la coopération technique avec les États Membres, les moyens du Secrétariat de l'OMS et l'engagement avec les acteurs non étatiques concernés pour accélérer l'application du Code par des actions sur les activités prioritaires au cours des deux prochains exercices (voir l'Encadré 2) ;

- b) tel que le préconise le Code, l'EAG prie instamment tous les États Membres de l'OMS de mobiliser les investissements nécessaires dans l'éducation, le recrutement et la rétention des agents de santé afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Le Groupe invite en outre les principaux pays de destination et partenaires de développement, ainsi que les autres pays souhaitant faire bénéficier les personnels de santé de mesures de soutien et de sauvegarde, à engager des fonds pluriannuels flexibles pour l'application du Code en tant que bien public mondial ;
- c) soulignant l'importance centrale de l'éducation et de l'emploi des personnels de santé en matière de couverture sanitaire universelle, l'EAG encourage le Directeur général à allouer des fonds à objet non désigné en quantité suffisante pour soutenir les activités du Secrétariat relatives aux personnels de santé ;
- d) l'EAG recommande qu'une nouvelle évaluation de l'utilité et de l'efficacité du Code soit envisagée à la suite du cinquième cycle de notification nationale en 2023-2024 et présentée à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Contexte

1. L'éducation et l'emploi des agents de santé, qui représentent le capital humain du secteur de la santé, sont essentiels pour accéder aux services de santé : c'est l'un des deux objectifs de la couverture sanitaire universelle (CSU). C'est aussi le principal investissement des gouvernements et des sociétés pour la réalisation de la CSU.¹
2. Les agents de santé migrants – qui se déplacent de façon permanente ou temporaire pour travailler – jouent un rôle de plus en plus important dans la réalisation de la CSU. Des données récentes confirment que le recours aux agents de santé migrants est important et croissant.² Cette tendance se vérifie dans tous les États Membres de l'OMS, toutes catégories de revenus confondues. Toutefois, pour plusieurs d'entre eux, la montée en flèche de la migration internationale des agents de santé compromet la réalisation de la CSU.
3. Il est de plus en plus impératif d'améliorer la gestion de la mobilité des agents de santé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé. On considère aujourd'hui qu'une meilleure gestion de la mobilité internationale des agents de santé contribue de manière importante à la réalisation de plusieurs autres objectifs de développement durable, notamment le travail décent et la croissance économique, le développement du capital humain, le commerce international et des migrations sûres, ordonnées et régulières.
4. En 2010, après de multiples résolutions et six années de débats, la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté, dans la résolution WHA63.16, le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (ci-après « le Code »). Ce document est largement considéré comme le cadre éthique universel qui fait le lien entre recrutement international des personnels de santé et renforcement des systèmes de santé.
5. Le Code est l'un des rares instruments juridiques internationaux placés sous la direction de l'OMS. Contrairement à d'autres instruments juridiques internationaux non contraignants, le Code bénéficie d'un solide mécanisme d'application, de suivi et d'examen de son efficacité. La présence de tels dispositifs est rare dans les instruments juridiques internationaux, qu'ils soient contraignants ou non.³
6. À ce jour, les éléments de procédure du Code ont donné lieu à trois cycles de notification nationale (voir les documents A66/25, A69/37 et A69/37 Add.1, et A72/23), ainsi qu'à un examen indépendant, mené par les États Membres, de son utilité et de son efficacité (document A68/32 Add.1). Les conclusions de la notification et de l'examen ont été examinées et des mesures ont été prises par les Assemblées mondiales de la Santé correspondantes.

¹ Voir Karin Stenberg et al, Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries, *Lancet Global Health* 2017;5:e75-87. Disponible à l'adresse [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30263-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30263-2/fulltext).

² Voir les paragraphes 18 et 19 ci-dessous.

³ Voir Raustiala, K, Reporting and Review Institutions in 10 Multilateral Environmental Agreements, Programme des Nations Unies pour l'environnement, 2001. Disponible à l'adresse <https://www.peacepalacelibrary.nl/ebooks/files/C08-0025-Raustiala-Reporting.pdf>. À titre d'illustration, un examen de 10 accords environnementaux multilatéraux contraignants a révélé que plus de la moitié d'entre eux ne contenaient ni mécanisme d'application ni mécanisme d'examen de leur efficacité.

Groupe consultatif d'experts : constitution, mandat et processus

7. Dans l'article 9.5, le Code précise explicitement que « L'Assemblée mondiale de la Santé devrait périodiquement faire le point sur l'utilité et l'efficacité du Code ». En préparation du dixième anniversaire du Code en 2020, la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a demandé un deuxième examen de l'utilité et de l'efficacité du Code (décision WHA68(11)). Le rapport du Secrétariat à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé (document A72/23) a confirmé que le deuxième examen de l'utilité et de l'efficacité du Code adopterait le même mécanisme que celui appliqué pour le premier examen et serait présenté à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé.

8. En réponse à la décision WHA68(11) en 2015, le Directeur général a réuni un Groupe consultatif d'experts (EAG) avec pour mission de mener le deuxième examen. L'EAG était composé de 27 personnes, notamment des représentants des États Membres (deux États Membres ont été désignés dans chaque Région de l'OMS), des organisations internationales et de la société civile, ainsi que des experts à titre individuel, ayant une connaissance de l'élaboration, de la négociation et de l'application du Code (voir l'appendice, liste des membres de l'EAG).

9. L'EAG a mené ses activités au cours de la période allant de juillet 2019 à janvier 2020. Ses délibérations ont donné lieu à deux réunions en présentiel, qui se sont tenues en juin et octobre 2019, ainsi qu'à des échanges virtuels. Certains processus régionaux ont également étayé les délibérations de l'EAG : le processus de communication et d'engagement avec les États Membres de la Région européenne et le groupe de référence des États Membres associés, qui a contribué au processus de l'EAG, la discussion régionale dans la Région de l'Asie du Sud-Est, et la lettre des Ministres de la santé du Bénin et de la Namibie au Directeur régional pour l'Afrique afin de promouvoir davantage le Code et de sensibiliser les États Membres de la Région africaine.

10. Lors de la première réunion, les membres de l'EAG ont élu par consensus ses Coprésidents : le D^r Erlend Aasheim, Directeur de la santé mondiale et de l'intelligence sanitaire, Direction de la santé, Norvège, et le D^r Untung Suseno, analyste politique principal, ancien Secrétaire général du Ministère de la santé, Indonésie.

11. Comme pour le premier examen (document A68/32 Add.1), l'objectif de l'EAG était 1) de conseiller le Directeur général sur les données attestant de l'utilité et de l'efficacité du Code ; et 2) de fournir des orientations sur les mesures nécessaires pour assurer et renforcer l'utilité et l'efficacité du Code.

12. Comme lors du premier examen, l'EAG s'est appuyé sur les définitions suivantes pour évaluer l'utilité et l'efficacité du Code :

- a) **utilité** : mesure dans laquelle les objectifs, les principes et les articles du Code continuent d'être pertinents et peuvent aider à trouver des solutions aux défis mondiaux liés aux migrations de personnels de santé et au renforcement des systèmes de santé ;
- b) **efficacité** : mesure dans laquelle l'application des objectifs, des principes et des articles du Code ont influencé les actions et les politiques de renforcement des personnels de santé aux niveaux national, régional et mondial.

13. L'EAG note que l'examen de l'efficacité d'un instrument juridique international est un domaine qui suscite un débat juridique intense au niveau international,¹ avec des points de vue philosophiques et des défis méthodologiques différents selon les approches. En ce qui concerne l'efficacité du Code, l'EAG a examiné deux dimensions : l'efficacité juridique et l'efficacité comportementale² du Code, conscient qu'il est plus difficile, sur un plan technique, d'évaluer et d'influencer cette dernière.

14. Le processus d'examen de l'EAG a bénéficié des données produites par 13 notes techniques et deux documents de groupe de travail de l'EAG dans le but spécifique d'éclairer le deuxième examen de l'utilité et de l'efficacité du Code. En outre, l'examen effectué par l'EAG a tiré parti d'un débat public ouvert au cours duquel 17 intervenants du monde universitaire, de la société civile, des agences internationales, des gouvernements nationaux, du secteur privé, y compris des employeurs, des agences d'accréditation et des agences de recrutement, ont apporté des preuves de l'utilité et de l'efficacité du Code.

Utilité

Mesure dans laquelle les objectifs, les principes et les articles du Code continuent d'être pertinents et peuvent aider à trouver des solutions aux défis mondiaux liés aux migrations de personnels de santé et au renforcement des systèmes de santé.

15. L'EAG confirme à l'unanimité que les objectifs, les principes et les articles du Code continuent d'être très utiles pour suivre et trouver des solutions en matière de migration et de mobilité internationales de personnels de santé, et vers la constitution de personnels de santé pérennes au sein de systèmes de santé renforcés. Le Groupe estime en outre que les dispositions du Code sont très utiles à la réalisation de la CSU et des objectifs plus larges de développement durable, l'appel du Code en faveur de mesures de soutien et de sauvegarde concernant les personnels de santé et les systèmes de santé étant essentiel pour faire progresser le programme de développement durable.

16. De nombreux facteurs contribuent à la grande utilité du Code qui ne cesse de croître depuis son premier examen en 2015. Il s'agit notamment de l'évolution du contexte mondial, en particulier la croissance importante de la demande d'agents de santé qui dépasse la capacité de l'offre dans un certain nombre de pays de destination ; la persistance de problèmes de longue date concernant les agents de santé ; et la sensibilisation et l'intérêt croissants que suscite la mobilité internationale des agents de santé dans tous les secteurs et chez toutes les parties prenantes.

Évolution du contexte mondial

17. Les objectifs de développement durable (ODD), adoptés en 2015, soulignent la nécessité d'une approche plus cohérente pour, ensemble, garantir à chacun un avenir meilleur. Les ODD confortent l'appel lancé par le Code pour améliorer la cohérence et la collaboration entre les gouvernements et les secteurs interdépendants en ce qui concerne la migration internationale des agents de santé, la constitution de personnels de santé pérennes et le renforcement des systèmes de santé et peuvent contribuer à sa concrétisation. L'adoption des ODD entraîne deux changements particulièrement importants qui renforcent encore l'utilité du Code :

¹ Voir Louis Henkin, *How Nations Behave*, 2nd édition, 1979 et Raustiala, Kal, *Compliance & Effectiveness in International Regulatory Cooperation*, *Case Western Journal of International Law*, Volume 32, No. 421, 2000.

² On entend par efficacité juridique la mesure dans laquelle le comportement des États Membres et des acteurs non étatiques est conforme aux principes et recommandations du Code. L'efficacité comportementale, quant à elle, cherche à déterminer la mesure dans laquelle le Code a entraîné un changement de comportement souhaité observable.

- a) L'OMS et ses États Membres accordent une priorité accrue à la CSU.
- i) L'engagement en faveur de l'instauration de la couverture sanitaire universelle a ravivé l'attention sur la nécessité d'un système de santé fonctionnel et efficace, pour lequel des personnels de santé pérennes sont essentiels, comme le souligne explicitement le Code. Ce dernier établit notamment un lien entre les besoins importants en matière de personnels de santé dans les États Membres de l'OMS et l'impératif de procurer des avantages mutuels en renforçant la coopération internationale. L'utilité des objectifs, des principes et des articles du Code est particulièrement manifeste dans le cadre de l'effort mondial visant à « œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé », où les progrès réalisés dans les États Membres en matière de CSU devraient servir à soutenir, et non compromettre, les réalisations similaires dans d'autres pays.
- ii) L'EAG note que de nombreuses résolutions des Nations Unies et de l'Assemblée mondiale de la Santé, y compris la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle (document A/74/L.4), réitèrent l'importance du Code dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle.
- iii) L'EAG note en outre qu'en termes de statut normatif, le Code est le principal instrument lié à la CSU sous la responsabilité de l'OMS et devrait être davantage exploité en tant que tel.
- b) Le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières (le « Pacte mondial »), de nature non contraignante, a été adopté en 2018 par 152 États Membres des Nations Unies et le Réseau des Nations Unies sur les migrations a été créé. Pendant l'EAG, un débat nourri a porté sur les synergies entre le Pacte mondial et les axes de travail du Réseau des Nations Unies sur les migrations.¹ Le Code est indispensable, car il garantit que les préoccupations du système de santé et l'engagement des acteurs de la santé sont expressément pris en compte dans des forums tels que le Réseau des Nations Unies sur les migrations, qui débattent de sujets liés à la mobilité internationale des agents de santé.

18. Le volume croissant de la mobilité internationale des professionnels de la santé réaffirme l'utilité croissante du Code. Des données récentes confirment que les pays font de plus en plus appel aux agents de santé migrants. Les données de plus de 80 États Membres de l'OMS indiquent que dans les différents pays, plus d'un quart des médecins et plus d'un tiers des dentistes et des pharmaciens (moyennes non

¹ À titre d'illustration :

- i) En ce qui concerne l'objectif 1 du Pacte mondial relatif à la collecte et à l'utilisation des données, le rapport du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies sur les migrations internationales et le développement (A/RES/71/159) a identifié la densité et la répartition des personnels de santé pour une politique fondée sur des données probantes comme l'un des six indicateurs de données de niveau 1 sur les migrations.
- ii) L'importance des accords entre États et de l'amélioration de la reconnaissance des qualifications apparaît dans le Pacte mondial, dans le cadre de l'objectif plus large qui consiste à faciliter la mobilité des personnes hautement qualifiées, à garantir l'emploi et à relever les défis du marché du travail mondial liés à la démographie. Le secteur de la santé joue un rôle clé dans cet effort. Par exemple, dans sa présentation à l'EAG, l'Allemagne a montré que plus d'un tiers des demandes de reconnaissance et d'autorisation de qualifications étrangères en 2018 provenaient de personnels de santé.
- iii) L'une des idées du Pacte mondial, et comme l'indique l'EAG, était la création de partenariats mondiaux pour investir dans le développement des compétences dans les pays d'origine afin de mieux répondre à la demande mondiale de main-d'œuvre. L'exemple des soins infirmiers a été donné au cours des délibérations, avec un investissement dans la formation dans les pays d'origine pour combler les pénuries de personnel infirmier dans d'autres pays.

pondérées) sont formés à l'étranger et/ou nés à l'étranger.¹ Le *Rapport 2020 sur la situation du personnel infirmier dans le monde* indique en outre qu'environ un infirmier sur huit dans le monde exerce dans un pays différent de celui où il est né.²

19. Le précédent rapport de l'EAG pour 2015 supposait que de puissantes tendances démographiques, économiques et épidémiologiques entraîneraient une accélération de la mobilité internationale des professionnels de la santé.³ Cette réalité se confirme aujourd'hui. En 2016, l'OCDE a constaté que le nombre de médecins et d'infirmiers migrants exerçant dans les pays de l'OCDE avait augmenté de 60 % par rapport à la décennie précédente.⁴ D'après les données présentées dans le rapport *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*, la demande de personnels de santé va s'accroître substantiellement dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et dans les pays à revenu élevé, une demande à laquelle les systèmes d'approvisionnement rigides risquent de ne pas pouvoir répondre, ce qui renforce leur dépendance à l'égard de la migration internationale.⁵ Les données dont dispose actuellement l'EAG montrent que la mobilité internationale des agents de santé va encore s'accélérer à court terme, conformément à ces prévisions. À titre d'illustration, l'Union européenne a identifié le secteur de la santé comme étant, avec celui des technologies de l'information et de la communication, l'un des deux domaines où les besoins en compétences sont les plus importants dans l'Union européenne, avec 1,8 million d'agents de santé supplémentaires nécessaires d'ici 2025.⁶ Selon les estimations concernant l'Allemagne, la pénurie pourrait avoisiner 500 000 agents de santé d'ici à 2030, en particulier dans le domaine des soins infirmiers et des soins aux personnes âgées.⁷ Au Royaume-Uni, pour The Health Foundation, Nuffield Trust et The King's Fund, la pénurie d'agents de santé au sein du service national de santé (NHS) s'élève actuellement à 100 000 personnes, et pourrait atteindre 250 000 d'ici à 2030.⁸ Le Japon a également adopté un nouveau programme de visas qui devrait attirer jusqu'à 60 000 aides-soignants.⁹ En outre, comme il a été signalé à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé (document A72/23), le mouvement des personnels de santé ne se fait

¹ Données provenant de la plateforme de l'OMS sur les comptes nationaux des personnels de santé, consulté en juin 2019.

² Voir le *Rapport 2020 sur la situation du personnel infirmier dans le monde*, OMS, à paraître le 7 avril 2020.

³ Voir le Rapport au Directeur général du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, document A68/32 Add.1, disponible à l'adresse https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjG09-zssLoAhUK8hQKHZfhCxEQFjABegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fgb%2Ffebwha%2Fpdf_files%2FWHA68%2FA68_32Add1-fr.pdf&usg=AOvVaw1846e0Jw0EHDNtNUh6Su-n.

⁴ Dumont JC, Lafortune G, *International migration of doctors and nurses to OECD countries*, in Buchan J, Dhillon I, Campbell J, Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Organisation mondiale de la Santé, 2017.

⁵ *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*, OMS, 2016, disponible à l'adresse https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/.

⁶ Voir 2014 EU Skills Panorama 2013-2025, disponible à l'adresse https://skillspanorama.cedefop.europa.eu/sites/default/files/EUSP_AH_SocialCare_0.pdf.

⁷ Voir Theme Report on Care 2030, Bertelsmann Stiftung, disponible à l'adresse <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/themenreport-pflege-2030/>.

⁸ Voir Closing the Gap, Kings Fund, 2019, disponible à l'adresse <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2019-06/closing-the-gap-full-report-2019.pdf>.

⁹ Voir 2018 Nikkei Asian Review article, disponible à l'adresse <https://asia.nikkei.com/Spotlight/Japan-immigration/Japan-to-receive-60-000-nursing-helpers-in-new-visa-program>.

pas uniquement ou principalement du Sud vers le Nord.¹ Le projet « Brain Drain to Brain Gain », mis en œuvre par l'OMS avec le soutien de l'Union européenne et de la Norvège, a fait apparaître de vastes mouvements intrarégionaux, Sud-Sud et Nord-Sud.² L'analyse des données relatives à 80 pays actuellement disponibles sur le portail des comptes nationaux des personnels de santé confirme que les systèmes de santé de la plupart des pays doivent gérer simultanément l'entrée et la sortie d'agents de santé.

20. Les situations d'urgence complexes et les crises humanitaires auxquelles sont confrontées plusieurs régions du monde aggravent encore les déséquilibres entre l'offre et la demande de personnels de santé. Ces situations posent des défis particuliers en termes de reconnaissance des compétences des agents de santé. La mondialisation de l'éducation des personnels de santé accroît également la complexité de leur mobilité internationale : la Commission éducative pour les diplômés en médecine étrangers (Educational Commission for Foreign-Medical Graduates) basée aux États-Unis d'Amérique a démontré que, pour la première fois, un plus grand nombre de candidats à la certification américaine avaient été formés dans un pays autre que celui dont ils étaient ressortissants.³ Le volume et la complexité accrues de la mobilité internationale des personnels de santé soulignent la nécessité de renforcer les données, la politique et la coopération internationale, ce qui réaffirme une nouvelle fois l'utilité persistante du Code.

21. La croissance de la mobilité internationale des personnels de santé s'accompagne d'une augmentation correspondante des agences de recrutement privées. Cette tendance se manifeste dans différentes parties du monde, notamment au Soudan et aux États-Unis.⁴ Des données témoignant du traitement contraire à l'éthique des personnels de santé migrants dans le cadre du processus de recrutement ont été présentées à l'EAG qui les a examinées.⁵ Le Groupe a également analysé l'expérience globale des personnels de santé migrants et réfugiés qui passent d'un pays à l'autre, y compris les défis importants auxquels ils sont confrontés pour s'adapter, se familiariser, s'acculturer, s'intégrer et se réinstaller dans un nouveau système de santé, une culture nouvelle et un environnement nouveau.⁶ Les voix et les expériences vécues d'une proportion croissante de personnels de santé dans le

¹ À titre d'illustration, et comme l'indique le rapport du Secrétariat A72/23, les pourcentages suivants de personnels de santé auraient 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 infirmiers dans le secteur public en République démocratique populaire lao, ce chiffre passant à 40 % dans le secteur privé ; et 17,5 % des médecins et 50 % des pharmaciens au Zimbabwe.

² Voir le résumé des constats du projet de l'UE, *A Dynamic Understanding of Health Worker Migration*, (https://www.who.int/hrh/HWF17002_Brochure.pdf?ua=1), avec des données sur l'Afrique du Sud, l'Inde, l'Irlande, le Nigéria et l'Ouganda.

³ Présentation à l'EAG actuel de la Commission éducative pour les diplômés en médecine étrangers (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) (bientôt disponible sur le site Web de l'OMS).

⁴ À titre d'illustration, la Commission des diplômés d'écoles de soins infirmiers étrangères (Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools – CGFNS), la plus grande organisation mondiale de certification pour le personnel infirmier et les agents de santé, a constaté une augmentation de la taille et de la portée des agences de recrutement international (tant pour la dotation que pour le placement) aux États-Unis. Le représentant de l'EAG au Soudan a également indiqué que le nombre de sociétés de recrutement privées au Soudan était passé d'une poignée seulement au moment de l'adoption du Code à environ 300 en 2019. Voir le rapport *Healthcare Staff Recruitment Agencies Industry Market Research*, qui fait état d'une augmentation substantielle du nombre d'entreprises et de leur croissance annuelle. Voir <https://www.ibisworld.com/united-states/market-research-reports/healthcare-staff-recruitment-agencies-industry/> et Shaffer, Franklin et al, *The Recruitment Experience of Foreign-Educated Health Professionals to the United States*, *American Journal of Nursing*, 2020, disponible à l'adresse https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2020/01000/CE__Original_Research__The_Recruitment_Experience.19.aspx.

⁵ Voir Pittman P and Pulver A, *Unethical International Nurse-Staffing Agencies – The Need for Legislative Action*, *New England Journal of Medicine*, 2020.

⁶ Voir le document du groupe de travail 2 et la note technique.

monde viennent encore souligner l'utilité des articles du Code relatifs au recrutement équitable, aux programmes d'accueil et d'orientation, au déroulement équitable des carrières et à la supervision appropriée des acteurs non étatiques concernés dans les États Membres de destination.

Des défis de longue date pour les personnels de santé

22. L'EAG estime que les défis en matière de personnels de santé qui se trouvent à la base de l'élaboration du Code sont aujourd'hui tout aussi importants qu'ils l'étaient il y a 10 ans, voire davantage en raison de facteurs démographiques et épidémiologiques. Le rapport *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030* a mis en évidence les pénuries de personnels de santé dans le monde, leur mauvaise répartition et les disparités substantielles entre les besoins en personnels de santé et les capacités financières pour les employer. Les capacités éducatives et la capacité à retenir les professionnels de la santé dans les zones où les besoins sont les plus importants restent limitées dans tous les pays. Les pratiques de recrutement actives et contraires à l'éthique restent une préoccupation importante pour de nombreux pays. Les données relatives aux personnels de santé, ainsi que les capacités de direction, de gestion et de planification permettant de les gérer efficacement, et la mobilité qui leur est associée, doivent également être renforcées dans de nombreux pays. L'EAG a en outre examiné l'importance du travail en équipe de diverses professions de santé pour la prestation des services dans le cadre de la CSU, y compris des professions telles que les cliniciens, les assistants de médecins et d'autres agents de santé.

23. Les pays en développement et les économies en transition doivent tout particulièrement planifier et former, employer, gérer et retenir les agents de santé dont ils ont besoin. L'analyse des déficits de financement concernant l'ODD 3 a mis en évidence la faiblesse des capacités de financement nationales dans de nombreux pays à faible revenu.¹ Les articles du Code qui appellent les pays donateurs, les pays de destination, les organisations internationales et les institutions financières à fournir une assistance technique et financière supplémentaire pour le renforcement des personnels de santé dans les pays où la vulnérabilité des ressources humaines pour la santé est importante, restent donc très utiles.

24. D'après les informations communiquées à l'EAG, l'aide publique au développement (APD) qui a été apportée ces dernières années en faveur du développement des personnels de santé est peu abondante, ce qui va à l'encontre des objectifs, des principes et des articles du Code. Un examen du financement de la santé par les donateurs pour la période 1990 à 2016 a révélé que moins de 7 % du montant total de l'APD pour la santé a été alloué aux activités de renforcement des personnels de santé. En 2016, le chiffre n'était que de 4 % de l'APD totale pour la santé. Les ressources étaient en outre principalement consacrées aux frais de fonctionnement et aux activités à court terme liées aux projets, les maigres ressources servant à résoudre les problèmes systémiques des personnels de santé dans les pays bénéficiaires.² Le soutien limité de l'APD aux activités des personnels de santé contraste singulièrement avec l'investissement requis pour la CSU, la formation et l'emploi des personnels de santé représentant la plus grande partie du coût de la CSU dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

¹ Voir Karin Stenberg et al, Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries, *Lancet Global Health* 2017; 5:e75-87. Disponible à l'adresse [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30263-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30263-2/fulltext).

² Voir Micah, Angela et al, Donor Financing of Human Resources for Health, 1990 to 2016: an examination of trends, sources of funds, and recipients, *Globalization and Health*. Disponible en ligne à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192106/>.

Susciter un regain d'intérêt dans tous les secteurs et chez toutes les parties prenantes

25. Le secteur de la santé est aujourd'hui réputé pour être un secteur d'emploi primordial et en pleine croissance.¹ À ce titre, il est de plus en plus important de faciliter la mobilité internationale des agents de santé dans divers secteurs et parties prenantes internationales afin de répondre à la demande de main-d'œuvre, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et dans les pays à revenu élevé.

26. Selon les données communiquées à l'EAG, les accords entre États relatifs à la mobilité internationale des agents de santé se multiplient.² Cependant, les accords notifiés au Secrétariat de l'OMS révèlent également que les ministères de la santé et les acteurs du secteur ne sont pas systématiquement associés à la négociation et à l'application de ces accords. Des exemples ont été communiqués à l'EAG où les préoccupations relatives au système de santé et aux personnels de santé sont explicitement prises en compte, comme le demande le Code, par la participation des ministères de la santé et des acteurs du secteur au processus de négociation et de mise en œuvre des accords bilatéraux.³

27. Dix ans après l'adoption du Code, l'EAG estime qu'il est bien établi et constitue la norme éthique universelle pour le recrutement international des personnels de santé et le renforcement des systèmes de santé.⁴ De par ses objectifs, ses principes et ses articles, le Code sert de cadre pour guider le dialogue, la coopération et l'action au niveau mondial en matière de renforcement des systèmes et des personnels de santé. Le Code est complet, de grande envergure et promeut un programme mutuel plutôt que la simple protection des intérêts nationaux. Il s'applique à des pays de différentes catégories de revenus et s'adresse à la fois aux États Membres et aux acteurs non étatiques. Comme l'a montré l'EAG, notamment à travers les exemples de l'Indonésie, de la Norvège et du Soudan, le Code permet aux acteurs du secteur de la santé d'engager un dialogue permanent avec d'autres secteurs, ce qui serait impossible en son absence.

28. Compte tenu de l'évolution du contexte mondial, des défis auxquels sont confrontés depuis longtemps les personnels de santé et de l'intérêt croissant des secteurs et des parties prenantes, comme décrit ci-dessus, l'EAG juge que le Code est très utile. Ce dernier offre un potentiel important pour faire progresser les éléments fondamentaux du Programme de développement durable à l'horizon 2030, tels que la couverture sanitaire universelle, des migrations sûres, ordonnées et régulières, le programme de développement du capital humain ou le commerce international. L'EAG souligne avec urgence la nécessité de tirer pleinement parti du potentiel du Code.

29. L'EAG insiste sur un élément qui empêche le Code d'être hautement utile et légitime : la liste des pays confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé. Cette liste a parfois été mal interprétée et a conduit à une application non optimale des principes du Code dans le cadre d'un dialogue politique pertinent au sein des pays et entre eux. Si l'on veut que le Code soit utile et pleinement appliqué, il est indispensable de mettre régulièrement à jour cette liste et que le Secrétariat de l'OMS fournisse des orientations connexes.

- a) Par ses objectifs, ses principes et ses articles, le Code souligne, en employant des termes divers, la nécessité de soutenir et de protéger les personnels et les systèmes de santé des « pays

¹ Voir Buchan J, Dhillon I, Campbell J, Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Organisation mondiale de la Santé, 2017.

² Les accords bilatéraux notifiés au Secrétariat ont augmenté entre le deuxième cycle et le troisième cycle. L'OMC a communiqué à l'EAG des données supplémentaires sur la progression des accords commerciaux bilatéraux au cours de ces dernières années, dont un certain nombre comportent des dispositions sur la mobilité des personnels de santé.

³ Des exemples intéressants ont été fournis en ce qui concerne les accords négociés par l'Allemagne, l'Irlande, la Jamaïque, le Japon, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et le Soudan.

⁴ À titre d'illustration, une recherche sur Google Scholar pour le mot clé « WHA 63.16 » a permis de trouver 4031 mentions. Comme indiqué précédemment, le Code est également reconnu par diverses entités aussi bien étatiques que non étatiques.

en développement », des « pays en développement, pays à économie en transition et petits États insulaires » et des « pays particulièrement vulnérables aux pénuries de personnels de santé et/ou dont les moyens d'appliquer les recommandations sont limités ». ¹ S'agissant de la question spécifique de décourager le recrutement actif de personnels de santé provenant des systèmes de santé les plus vulnérables (article 5.1 dernière phrase), l'accent est mis sur les « *pays en développement confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé* ».

b) Le Code ne répertorie toutefois pas les « pays confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé », ni ne renvoie à une liste correspondante. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* a quant à lui identifié, sur la base de données disponibles antérieures, 57 pays confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé. Cette liste de pays a été utilisée, modifiée et élargie par plusieurs pays de destination ² pour limiter leurs activités de recrutement actif.

c) Dans le contexte de la faible couverture des services liés aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), la liste 2006 de pays connaissant des pénuries aiguës de personnels de santé a été élaborée à des fins de recherche, de dialogue politique et de sensibilisation. Elle ne permet pas actuellement d'identifier les pays qui devraient être prioritaires pour le soutien au développement des personnels de santé et pour lesquels des mesures de sauvegarde contre le recrutement actif sont nécessaires. L'EAG estime qu'il est important, comme l'indique clairement le Code, d'apporter un soutien dans le domaine des personnels de santé et d'inclure des mesures de sauvegarde en matière de recrutement pour les pays qui sont particulièrement exposés aux pénuries de personnels de santé. Toutefois, pour l'EAG, la liste existante, de même que la méthodologie qui la sous-tend, est axée sur les OMD, et donc obsolète et statique.

d) Après une présentation de diverses options et des délibérations approfondies, ³ l'EAG estime que l'indice de couverture des services (ICS) pour la CSU, ⁴ qui constitue l'indicateur officiel 3.8.1 des objectifs de développement durable, et la densité des personnels de santé, qui est l'indicateur officiel 3.c.1 des objectifs de développement durable devraient servir à identifier les pays qui rencontrent les problèmes les plus graves en matière de personnels de santé en relation avec la CSU et où une prudence particulière en termes de recrutement international actif s'impose. Sur la base de cette analyse, qui sera régulièrement mise à jour en même temps que les rapports de situation sur le Code, l'EAG suggère que les pays qui se classent dans le premier quartile de l'ICS et dont la densité de médecins, de personnel infirmier et de sages-femmes est inférieure à la médiane soient prioritaires pour bénéficier d'un renforcement des mesures de soutien concernant les personnels de santé et des mesures de sauvegarde en matière de recrutement actif. ⁵ Quarante-trois pays se situent dans le quartile le plus bas de l'indice et affichent une densité de médecins, d'infirmières et de sages-femmes inférieure à la médiane (voir la Figure 1 ci-dessous, des détails méthodologiques supplémentaires seront disponibles sur le site Web de l'OMS).

¹ Voir les articles 1.4, 2.3, 3.2, 3.3, 5.2 et 8.7 du Code.

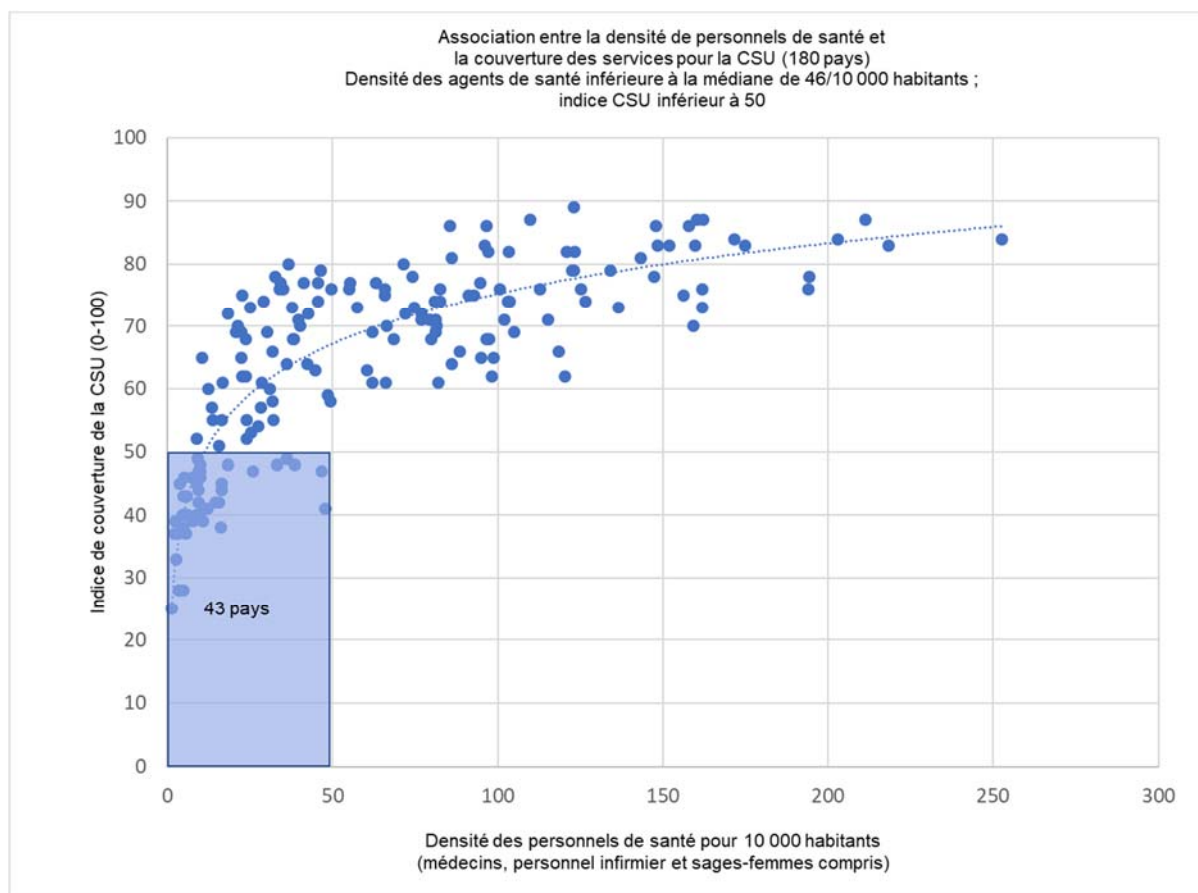
² Par exemple l'Afrique du Sud, l'Allemagne et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

³ Voir le document du Groupe de travail 1.

⁴ Les scores de l'indice de couverture des services (ICS) pour la couverture sanitaire universelle (CSU) sont déterminés par les **interventions de référence** concernant notamment la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services.

⁵ L'utilisation des références identifiées à la fois pour l'ICS en matière de CSU et pour la densité de médecins, de personnel infirmier et de sages-femmes peut permettre de tenir compte des pays où d'autres catégories d'agents de santé, de plus en plus importantes dans tous les pays, jouent un rôle majeur dans la fourniture des services liés à la CSU : par exemple les cliniciens ayant reçu une formation médicale accélérée, y compris les agents cliniques, les assistants de médecins et les assistants médicaux.

Figure 1. Pays présentant un faible ICS et une faible densité de personnels de santé¹



e) L'EAG recommande que les 43 pays identifiés dans l'analyse ci-dessus soient considérés comme hautement prioritaires pour le développement des personnels de santé et le soutien aux systèmes de santé, comme le demande le Code. De même, il préconise de prévoir des mesures de sauvegarde en matière de recrutement actif pour ces pays. S'agissant du dernier point, l'EAG propose une approche qui ne limite pas les accords entre États ni le droit individuel à la liberté de circulation, mais qui intègre plutôt des protections supplémentaires dans le processus de négociation des accords bilatéraux concernés. Ces mesures devraient inclure : 1) la réalisation d'une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé afin de garantir une offre nationale adéquate dans les pays d'origine, en tenant compte des modèles de soins et des champs de la pratique des diverses professions de ce secteur ; 2) un engagement explicite avec les parties prenantes du secteur, y compris les ministères de la santé ; et 3) la notification des analyses du marché de l'emploi dans le secteur et des accords négociés qui y sont associés par le biais du processus de notification sur le Code et des comptes nationaux des personnels de santé (NHWA). L'Allemagne et l'OMS pilotent actuellement cette approche. La liste des pays, la méthodologie et les orientations associées devraient être publiées sur le site Web de l'OMS, avec des mises à jour régulières correspondant aux rapports de situation du Secrétariat.

¹ Cette analyse s'appuie sur les données les plus récentes entre 2010 et 2019, telles que consultables le 20 janvier 2020 sur le site des comptes nationaux des personnels de santé (NHWA).

f) Le Groupe souligne en outre le renforcement des données sur les personnels de santé grâce à l'amélioration de la notification par le biais du système des comptes nationaux des personnels de santé (NHWA). Les données relatives aux dentistes, aux pharmaciens, aux professionnels de santé connexes et aux autres prestataires qualifiés étant de plus en plus quantifiables dans tous les pays, les calculs de la densité des personnels de santé (indicateur 3.c.1 des objectifs de développement durable) ainsi que l'ICS devraient tenir compte, lors des futures mises à jour de la liste des pays vulnérables, du nombre maximum d'ensembles de données uniformément disponibles pour les professionnels de santé.¹ À moyen terme, il devrait également être possible d'effectuer une analyse qui maximise la disponibilité des données afin que la classification de la vulnérabilité des personnels de santé dans tous les pays prenne mieux en compte toute la dynamique du marché du travail de ce secteur.²

Efficacité

Mesure dans laquelle l'application des objectifs, des principes et des articles du Code ont influencé les actions et les politiques de renforcement des personnels de santé aux niveaux national, régional et mondial.

30. Le Groupe consultatif d'experts constate à l'unanimité que l'efficacité du Code, et la disponibilité sous-jacente d'informations permettant d'évaluer son efficacité, se sont considérablement renforcées depuis le premier examen en 2015. Toutefois, il estime également que le niveau actuel d'application du Code est insuffisant pour lui permettre de réaliser tout son potentiel dans le contexte des défis mondiaux, régionaux et nationaux actuels.

31. L'EAG a examiné l'efficacité juridique et comportementale du Code. L'efficacité juridique est évaluée en déterminant dans quelle mesure les actions des États Membres et des acteurs non étatiques sont conformes aux principes et recommandations du Code, la notification nationale servant d'indicateur clé du respect du Code. L'efficacité comportementale, quant à elle, est plus difficile à évaluer, car elle cherche à déterminer la mesure dans laquelle le Code a incité les principales parties prenantes à demander un changement de comportement afin de respecter « l'esprit du Code ».³

Efficacité juridique

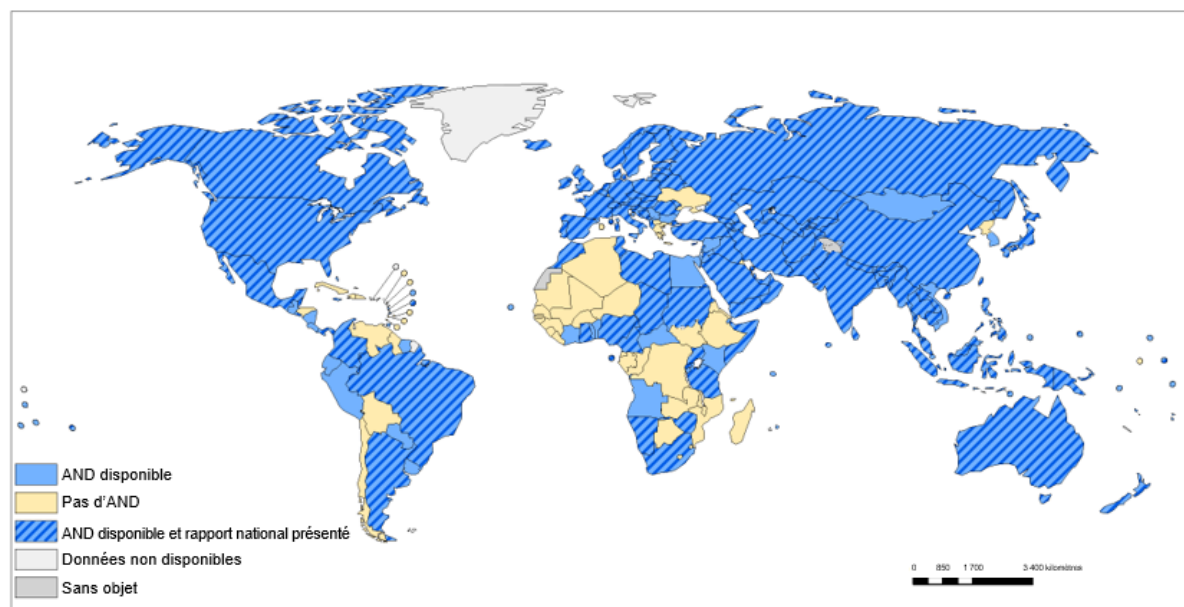
32. L'EAG constate que la sensibilisation et l'engagement des États Membres à l'égard du Code se sont considérablement accrus au cours des dernières années. Actuellement, les **trois quarts** des États Membres de l'OMS (146/194) ont désigné une autorité nationale pour soutenir l'application du Code. En outre, **110 États Membres**, représentant plus de 80 % de la population mondiale, ont soumis au Secrétariat un rapport national sur l'application du Code (voir la Figure 1). Au moment du premier examen (2015), seuls 56 pays, appartenant principalement à la Région européenne, avaient envoyé un rapport. La diversité de la notification s'est également considérablement renforcée, avec une contribution substantielle des États Membres des Régions de la Méditerranée orientale, de l'Europe et de l'Asie du Sud-Est (voir la Figure 2). Toutefois, plusieurs pays que le Code devait protéger, en particulier dans la Région africaine, participent peu à la notification.

¹ Une analyse a également été menée sur la densité des personnels de santé en fonction de cinq professions : médecins, personnel infirmier, sages-femmes, dentistes et pharmaciens. Des informations récentes sur ces cinq professions étaient disponibles pour 154 pays avec l'ICS, contre 180 pays pour trois professions (médecins, personnel infirmier et sages-femmes). Les États Membres sont encouragés à accroître la disponibilité des données sur un plus grand nombre de professions grâce à l'application progressive des comptes nationaux des personnels de santé.

² Par exemple, les indicateurs des comptes nationaux des personnels de santé (NHWA) relatifs à la production, à la densité dans plusieurs professions, au sens et au rythme de l'évolution de la densité, à la répartition, à la démographie, à l'emploi et à la migration des personnels de santé.

³ Voir RANGONE, N. (2018). Making Law Effective: Behavioural Insights into Compliance. *European Journal of Risk Regulation*, 9(3), 483–501.

Figure 2. États Membres de l'OMS dotés d'une autorité nationale désignée (AND) sur le Code et rapports nationaux sur le Code présentés – au 15 mai 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 des 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
 © OMS 2019. Tous droits réservés.

33. L'EAG constate que, si les chiffres de la notification sur le Code sont encore inférieurs à ceux de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, un instrument très apprécié et doté de ressources nettement plus importantes, ils sont nettement supérieurs à ceux de l'ensemble des accords multilatéraux sur l'environnement mentionnés précédemment, qui pour la plupart enregistrent un taux de notification de la part des États Parties inférieur à 50 %.¹

34. Outre la quantité et la diversité, on note également une amélioration de la qualité des rapports nationaux sur l'application du Code. L'amélioration des données et des informations sur la mobilité des personnels de santé est un élément central du Code tant en termes de fond (article 6) que de procédure (articles 7 et 9). La notification de données plus solides par le biais du Code, des comptes nationaux des personnels de santé (NHWA) et du questionnaire commun OCDE/Eurostat/Région européenne de l'OMS a permis pour la première fois de dresser un tableau global de la mobilité internationale des agents de santé. Des données sur la proportion de personnels de santé migrants sont désormais disponibles sur le portail des NHWA pour plus de 80 pays et pour cinq professions : dentistes, médecins, sages-femmes, personnel infirmier et pharmaciens.

¹ Voir Raustiala, Kal, Reporting and Review Institutions in 10 Multilateral Environmental Agreements. Programme des Nations Unies pour l'environnement, 2001, disponible à l'adresse <https://www.peacepalacelibrary.nl/ebooks/files/C08-0025-Raustiala-Reporting.pdf>. Les accords multilatéraux sur l'environnement analysés sont notamment la Convention de Ramsar sur les zones humides de 1971, la Convention du patrimoine mondial de 1972, la Convention sur le commerce international des espèces de faune et de flore sauvages menacées d'extinction de 1973, la Convention sur la conservation des espèces migratrices de 1979, la Convention sur le droit de la mer de 1982, le Protocole de Montréal de 1987, la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination de 1989, la Convention-cadre sur les changements climatiques de 1992 et le Protocole de Kyoto de 1997, la Convention sur la diversité biologique de 1992 et la Convention sur la lutte contre la désertification de 1994.

35. Parallèlement à l'amélioration des données, les informations sur les accords bilatéraux se sont également renforcées : 120 accords bilatéraux ont été notifiés au Secrétariat lors des deuxième et troisième cycles de notification nationale, et les textes de 30 accords ont été communiqués. Avec ses partenaires de l'OIT et de l'OCDE, le Secrétariat de l'OMS analyse et prépare actuellement des orientations concernant ces accords bilatéraux, afin de maximiser l'utilisation du Code dans les prochains accords.

36. Les données présentées à l'EAG confirment l'efficacité juridique du Code dans une grande partie des 110 États Membres de l'OMS qui ont soumis au Secrétariat des rapports nationaux relatifs à l'application du Code. Le Groupe note que l'évaluation de l'efficacité juridique liée au Code répond en partie à la question de l'efficacité du Code, tout en précisant qu'il est possible que certains États Membres signalent mécaniquement qu'ils respectent le Code sans appliquer réellement les mécanismes de gouvernance et de gestion nécessaires.

Efficacité comportementale

37. Il est plus difficile d'évaluer l'efficacité comportementale des accords internationaux que leur efficacité juridique. Les solides dispositions en matière d'application et de suivi du Code ont aidé l'EAG à évaluer l'efficacité comportementale. L'article 8, intitulé « Application du Code », est particulièrement utile, car il identifie des mesures pratiques destinées à transposer les recommandations dans le comportement souhaité par le Code (voir l'Encadré 1).

Encadré 1. Application du Code (article 8)

Les États Membres sont encouragés à :

- 8.1** diffuser le Code ;
- 8.2** intégrer le Code dans les lois et politiques ;
- 8.3** consulter tous les acteurs concernés ;
- 8.4** demander à tous les acteurs concernés (non étatiques) d'œuvrer individuellement et collectivement à la réalisation des objectifs du Code ;
- 8.5** établir un registre de tous les recruteurs autorisés à exercer sur leur territoire ;
- 8.6** encourager le respect des bonnes pratiques par les agences de recrutement en n'utilisant que celles qui respectent les principes directeurs du Code ;
- 8.7** observer et évaluer l'ampleur du recrutement international actif de personnels de santé originaires de pays confrontés à des pénuries aiguës.

38. Les États Membres apportent des éléments attestant d'une amélioration significative pour un grand nombre des mesures identifiées :

- a) article 8.1 : plus de trente pays ont déclaré avoir diffusé le Code lors de chacun des trois cycles de notification. Outre les six langues des Nations Unies, le Code est désormais traduit en allemand, catalan, farsi, finnois, hongrois, indonésien, italien, japonais, néerlandais, norvégien, polonais, roumain et thaïlandais ;
- b) article 8.2 : 40 États Membres ont indiqué avoir intégré le Code dans leur législation et leurs politiques nationales, le processus étant en cours dans quatre autres États Membres de l'OMS :

i) les mesures adoptées comprennent l'intégration des recommandations du Code dans le droit national¹ et les plans stratégiques nationaux ;² dans l'élaboration des politiques de recrutement et de migration et/ou leur intégration dans ces politiques ;³ et la création de nouvelles fonctions d'administration et de coordination ;⁴

1) notamment, à la suite de la réunion de l'EAG de juin 2019, le secrétaire permanent du ministère jamaïcain de la santé a créé un poste lié aux personnels de santé, chargé de mieux suivre et encadrer les flux de personnels entrants et sortants ;

ii) quarante-quatre pays ont en outre indiqué que leurs accords entre États intégraient les recommandations du Code ;⁵

c) articles 8.3 (Participation des acteurs), 8.5 (Registre des recruteurs) et 8.6 (Utilisation d'agences de recrutement respectant le Code) : comme l'ont indiqué les États Membres, l'EAG a constaté une amélioration constante à chaque cycle de notification nationale pour chacune de ces mesures.

39. Sur la base des données présentées, l'EAG note également que les principes et les articles du Code sont repris dans les politiques régionales (par exemple l'approche globale des migrations de l'Union européenne, la décennie du renforcement des personnels de santé (2015-2024), initiative lancée par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, et le prochain plan de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) sur les ressources humaines dans le secteur de la santé) ainsi que dans les codes des acteurs non étatiques connexes (par exemple code de pratique de l'Association européenne des employeurs hospitaliers et de santé/Fédération syndicale européenne des services publics (HOSPEEM/FSESP) et code de l'Alliance pour un recrutement international éthique de la Commission des diplômés d'écoles de soins infirmiers étrangères (Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools – CGFNS).

40. Le Groupe constate par ailleurs que le Code bénéficie d'une attention croissante de la part de différents secteurs de gouvernement, des agences internationales et de la société civile. La mise en place de la plateforme internationale sur la mobilité des personnels de santé (OIT, OCDE et OMS) a élargi le partenariat du Secrétariat de l'OMS avec d'autres agences internationales (par exemple l'OIM, la Banque mondiale et l'OMC) et les acteurs non étatiques concernés. L'EAG note en outre que plus de 4000 articles universitaires mentionnent explicitement le Code, un chiffre similaire à celui du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS/UNICEF) de 1981, adopté plusieurs décennies auparavant.⁶ L'EAG a également reçu des exemples du rôle que le Code peut jouer en donnant aux ministères de la santé la possibilité de dialoguer avec d'autres secteurs et en soulignant les préoccupations relatives au système de santé.

¹ Par exemple Allemagne, Bahreïn, El Salvador et Indonésie.

² Par exemple Afrique du Sud, Bangladesh, Cameroun, Eswatini, Irlande, Jordanie, Myanmar, République dominicaine et Sierra Leone.

³ Par exemple Afrique du Sud, Canada-Saskatchewan, Finlande, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Écosse, Soudan, Suisse, Trinité-et-Tobago.

⁴ Par exemple Afrique du Sud, Allemagne, États-Unis d'Amérique, Nigéria, Norvège et Soudan.

⁵ Voir Evidence Brief Number 2, WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Reliance, Compliance and Effect (2010-2019), OMS.

⁶ Id.

41. Malgré des améliorations claires et substantielles depuis l'examen de 2015, des lacunes critiques subsistent en ce qui concerne l'application du Code (et donc son efficacité). L'EAG note avec préoccupation l'engagement limité de plusieurs États Membres et Régions qui sont particulièrement touchés par la mobilité internationale des personnels de santé.¹ Il souligne qu'il est nécessaire de fournir aux États Membres de meilleures orientations générales et un meilleur soutien technique afin de contribuer à une application efficace du Code : 64 États Membres ont demandé ce soutien lors du troisième cycle de notification. De même, il est possible de collaborer de manière plus stratégique avec les organismes régionaux et les mécanismes institutionnels et de leur apporter un soutien pour l'application du Code.

42. L'EAG observe qu'il existe des lacunes dans l'engagement du Code avec les acteurs non étatiques. Il est urgent de sensibiliser davantage les agents de santé, les employeurs publics et privés, les organismes de réglementation, les agences de recrutement des secteurs public et privé, les universités et la société civile et de les inciter à s'engager en faveur du Code afin d'en favoriser l'application et l'efficacité. En outre, il est de toute évidence possible de renforcer les synergies et la cohérence entre le Code, un processus mené en grande partie par les États Membres, et les processus éthiques menés par d'autres acteurs : employeurs, personnels de santé et recruteurs. Le renforcement de l'engagement des acteurs non étatiques et l'amélioration des processus de notification peuvent également permettre de demander aux gouvernements de rendre des comptes.

43. Mais surtout, le Groupe souligne la nécessité de s'engager davantage avec les pays de destination, les donateurs et les institutions financières afin de garantir la mise à disposition effective de l'appui technique et financier en matière de personnels de santé prévu par le Code et indispensable pour la réalisation de la CSU.

Conclusions et recommandations

44. À l'issue de son examen, l'EAG confirme à l'unanimité que le Code présente une utilité à la fois grande et croissante. Il note également un nombre grandissant d'éléments attestant de la sensibilisation au Code et de son efficacité. Toutefois, des lacunes importantes sont à signaler en ce qui concerne son application. Il est nécessaire que l'OMS, les États Membres et les parties prenantes concernées se concertent sur l'application du Code pour en exploiter tout le potentiel. Aujourd'hui plus que jamais, le Code est indispensable pour faire progresser le Programme de développement durable à l'horizon 2030, y compris pour mettre en place la CSU.

45. Dix ans se sont écoulés depuis l'adoption historique du Code. L'EAG constate que le Code a évolué pour devenir un instrument juridique et normatif international. Le Code jouit d'une reconnaissance croissante dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs. À plusieurs occasions, il a également servi à renforcer la cohérence, la coopération internationale et l'amélioration des systèmes de santé, comme le prévoient ses objectifs et ses principes directeurs.

46. L'EAG observe que l'intégration des recommandations du Code dans la législation, la politique et les accords nationaux, les politiques régionales, et leur application, se fait essentiellement sur une base ad hoc et sur la base de la volonté des pays plutôt que par le biais de ressources financières ciblées. Par conséquent, et ceci est préoccupant, plusieurs pays et Régions particulièrement dans le besoin ne bénéficient toujours pas du potentiel du Code.

¹ Quatre-vingt-quatre États Membres n'ont pas participé à la notification nationale au cours des trois cycles consécutifs.

47. Le Groupe constate que l'assistance financière et technique pour l'application du Code est limitée depuis son adoption. Un an après son adoption, les États Membres ont demandé, dans la résolution WHA64.6 (2011), un soutien technique, financier et politique supplémentaire pour l'application du Code. Des demandes similaires ont été réitérées dans plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, dans les rapports de situation du Secrétariat et dans le premier rapport d'examen de l'EAG à l'Assemblée mondiale de la Santé.¹ L'expérience acquise avec d'autres instruments juridiques internationaux efficaces sous l'égide de l'OMS montre que si l'on veut maximiser leur impact, il faut soutenir financièrement leur application.² On peut alors se demander quels résultats auraient pu être obtenus si le Code avait été doté de ressources suffisantes.

48. Le Code est le principal instrument normatif relatif à la CSU sous la direction de l'OMS. L'investissement dans le renforcement du Secrétariat de l'OMS, dans un processus plus solide, plus inclusif et plus réactif d'engagement et de notification des États Membres et dans un renforcement du rôle des acteurs non étatiques accélérera les progrès sur la voie de la CSU et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en général.

49. L'EAG considère que le partage d'informations, le suivi et les mécanismes institutionnels du Code sont d'importants facteurs de son succès. Ils doivent être maintenus et renforcés au cours des prochains cycles de notification des États Membres et des acteurs non étatiques.

50. Pour combler les lacunes existantes et exploiter au maximum le fort potentiel du Code, le Groupe préconise les mesures suivantes :

- a) L'EAG recommande à l'OMS de renforcer la coopération technique avec les États Membres, les capacités de son Secrétariat et l'engagement avec les acteurs non étatiques concernés afin d'accélérer l'application du Code par des actions portant sur les activités suivantes au cours des deux prochains exercices (voir l'Encadré 2).

Encadré 2. Activités à l'appui de l'application du Code 2020-2023

Activités prioritaires à l'appui de l'application du Code (2020-2023)

- 1) Apporter l'assistance technique demandée aux États Membres : 64 États Membres ont demandé une assistance lors du troisième cycle de notification sur le Code.
- 2) Renforcer la gouvernance institutionnelle pour les personnels de santé, y compris la gestion de la mobilité des agents de santé, dans les États Membres de l'OMS. Un soutien ciblé devrait également être fourni aux États Membres qui n'ont pas encore désigné d'autorité nationale ou participé à la notification sur le Code.
- 3) Élaborer des orientations et des outils mondiaux : Guide d'utilisation et d'application du Code, Référentiel et meilleures pratiques en matière d'accords bilatéraux, Rapport mondial sur la mobilité internationale des personnels de santé, Estimation des coûts éducatifs et des transferts de fonds, et Approches pour mieux comprendre et améliorer l'expérience vécue des personnels de santé migrants.

¹ Lister toutes les références dans les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et les rapports de situation du Secrétariat.

² La Convention-cadre pour la lutte antitabac fait figure d'exemple, car son application bénéficie d'un budget annuel de US \$20 millions.

- 4) Renforcer les processus de notification des États Membres liés au quatrième cycle de notification nationale, y compris l'amélioration de la synergie avec les comptes nationaux des personnels de santé (NHWA).
- 5) Revoir l'instrument destiné aux parties prenantes indépendantes et renforcer le processus de notification afin de mieux tenir compte des contributions des acteurs non étatiques.
- 6) S'engager auprès des organismes économiques et des processus d'harmonisation régionaux et les soutenir.
- 7) Renforcer l'engagement avec les acteurs du secteur privé, y compris les codes complémentaires des hôpitaux, des syndicats et des recruteurs.
- 8) Mettre régulièrement à jour la liste des pays confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé, le Secrétariat étant encouragé à étudier les analyses qui prennent en compte toute la dynamique du marché du travail dans le secteur de la santé pour déterminer la vulnérabilité des personnels de santé.
- 9) Renforcer les efforts de sensibilisation au Code, y compris les partenariats avec les pays de destination et les institutions financières et donatrices, afin d'apporter un soutien en matière de personnels de santé aux pays dont les personnels de santé sont les plus vulnérables au regard de la CSU.
- 10) Veiller à la production et à la diffusion des connaissances et à l'établissement de liens latéraux avec les efforts déployés dans d'autres secteurs et avec les acteurs non étatiques par le biais de réunions régulières et des résultats de la plateforme internationale OIT/OCDE/OMS sur la mobilité des personnels de santé.

b) comme le demande le Code, l'EAG prie instamment tous les États Membres de l'OMS de mobiliser les investissements nécessaires dans le domaine de l'éducation, du recrutement et de la rétention des personnels de santé pour permettre la réalisation de la CSU. L'EAG appelle en outre les principaux pays de destination et partenaires de développement, ainsi que les autres pays intéressés par des mesures de soutien et de sauvegarde concernant les personnels de santé, à engager des fonds pluriannuels flexibles pour l'application du Code en tant que bien public mondial ;

c) soulignant l'importance centrale de l'éducation et de l'emploi des personnels de santé eu égard à la CSU, l'EAG encourage le Directeur général à allouer des fonds non affectés suffisants pour soutenir les activités du Secrétariat relatives aux personnels de santé ;

d) le Groupe recommande d'envisager de procéder à une nouvelle évaluation de l'utilité et de l'efficacité du Code, à la suite du cinquième cycle de notification nationale en 2023-2024, et de la présenter à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Appendice

MEMBRES DU GROUPE CONSULTATIF D'EXPERTS**Représentants des États Membres**

1. Erlend Aasheim, Direction norvégienne de la santé, **Norvège (Coprésident)**
2. Hamed Al Balushi, Ministère de la santé, **Oman**
3. El-Sheikh Badr, Ministère fédéral de la santé, **Soudan**
4. Dunstan Bryan, Ministère de la santé, **Jamaïque**
5. Charles Darr, Health Resources and Services Administration, **États-Unis d'Amérique**
6. Shinta Dewi, Ministère de la santé, **Indonésie**
7. Anil Kumar Gupta, Ministère de la santé et de la protection familiale, **Inde**
8. Gislain Arnaud Hollo, Ministère de la santé, **Bénin**
9. Leila Jordan, Département de la santé du Gouvernement australien, **Australie**
10. Greta Kanownik, Ministère de la santé, **Pologne**
11. Maureen McCarty, Département de la santé du Gouvernement australien, **Australie**
12. Kavita Narayan, Ministère de la santé et de la protection familiale, **Inde**
13. Trisa Wahjuni Putri, Ministère de la santé, **Indonésie**
14. Kenneth G. Ronquillo, Département de la santé, **Philippines**
15. Untung Suseno Sutarjo, Ministère de la santé, **Indonésie (Coprésident)**
16. Ava-Gay Timberlake, Ministère de la santé, **Jamaïque**
17. Celine Usiku, Ministère de la santé et des services sociaux, **Namibie**

Experts indépendants (dont deux anciens Coprésidents)

1. Aula Abbara, **Syria Public Health Network**
2. James Buchan, **University of Technology, Sydney**
3. Rupa Chanda, **Indian Institute of Management, Bangalore**
4. Michael Clemens, **Centre for Global Development**
5. Jean-Christophe Dumont, **Organisation de coopération et de développement économiques**
6. Gabrielle Jacob, **Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé** (ancienne Coprésidente de l'EAG)
7. Sonia Nar, infirmière, **Irlande**
8. Francis Omaswa, **Centre Africain pour la santé mondiale et la transformation sociale**
9. Viroj Tangcharoensathien, International Health Policy Program, **Thaïlande** (ancien Coprésident de l'EAG)
10. Jacqueline Weekers, **Organisation internationale pour les migrations**

Observateurs des États Membres à la réunion de l'EAG d'octobre 2019

1. Ulrich Dietz, Ministère fédéral de la santé, **Allemagne**
2. Barbara Lubben, Ministère fédéral de la santé, **Allemagne**

= = =