



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Cinquante-septième session**

Belgrade (Serbie), 17-20 septembre 2007

Point 6 a) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC57/9
+EUR/RC57/Conf.Doc./3
30 juin 2007
73360
ORIGINAL : ANGLAIS

Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe organise une conférence ministérielle sur le renforcement des systèmes de santé en juin 2008 à Tallinn, afin d'attirer l'attention sur l'importance des systèmes de santé sur la situation sanitaire et la croissance économique et d'analyser les dernières bases factuelles relatives aux stratégies permettant d'améliorer efficacement le fonctionnement de ces systèmes.

Parmi les éléments qui contribuent le plus au renforcement des systèmes de santé, figurent les politiques relatives au personnel sanitaire. L'efficacité de ces systèmes et la qualité des services de santé dépendent de la qualité du travail des professionnels de santé, qui elle-même est fonction des connaissances, des compétences et de la motivation de ces professionnels. Les problèmes liés au personnel sanitaire ont toujours été considérés comme un obstacle important à l'élargissement des interventions prioritaires et à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Les responsables de l'élaboration des politiques ont pour tâche décisive de faire en sorte que les systèmes de santé soient dotés d'effectifs suffisants pour dispenser des services capables d'améliorer ou de préserver la santé. En outre, ils sont confrontés à de nouvelles tendances et difficultés liées aux changements démographiques, technologiques, politiques, socioéconomiques et épidémiologiques. Les questions relatives au vieillissement et aux migrations, notamment, suscitent de vives inquiétudes.

Le débat consacré au personnel sanitaire qui aura lieu lors du Comité régional devrait porter principalement sur : l'amélioration de l'échange de connaissances et de données d'expérience ; le renforcement des capacités nationales en termes d'élaboration, de planification et de gestion des politiques relatives au personnel sanitaire ; et un appel en faveur d'investissements plus efficaces dans le renforcement du personnel sanitaire et d'une meilleure coordination des ressources.

Un projet de résolution définissant les principales orientations relatives à cette question est joint en annexe aux fins de son examen par le Comité régional.

Sommaire

	Page
Généralités	1
Introduction.....	3
Qu'entend-on par personnel de santé ?	3
Pourquoi le personnel de santé est-il important ?.....	3
Nécessité d'adopter une vision stratégique concernant le personnel sanitaire dans la Région européenne.....	3
Objet du présent document.....	4
Les ressources humaines pour la santé en Europe : analyse des problèmes actuels	4
Transformation de l'environnement en Europe : tendances et défis communs	8
Changements démographiques et épidémiologiques	8
Innovations technologiques et réforme structurelle	11
Évolution de l'environnement politique et économique, notamment du point de vue des migrations	11
Conséquences sur le personnel sanitaire.....	14
Politiques actuelles et futures.....	16
Améliorer la performance des systèmes de santé grâce aux politiques relatives aux ressources humaines pour la santé	16
Des orientations pour aller de l'avant	18
De l'information à l'action.....	18
Amélioration de la formation comme moyen d'améliorer la performance.....	18
Gestion du personnel sanitaire et prise en compte des agents de santé en tant qu'acteurs à part entière du système	19
Réglementation du cadre relatif aux ressources humaines pour la santé et mise en œuvre des stratégies adoptées	19
Références.....	21

Généralités

1. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) organise une conférence ministérielle sur les systèmes de santé en 2008, conformément à la demande adressée au directeur régional par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe réuni en sa cinquante-cinquième session en 2005, dans sa résolution EUR/RC55/R8. Cette conférence a un double objectif : premièrement, elle permettra de mieux comprendre le rôle joué par les systèmes de santé sur la situation sanitaire, et donc sur la croissance économique ; et deuxièmement, elle fera le point sur les dernières bases factuelles relatives aux stratégies permettant d'améliorer efficacement le fonctionnement de ces systèmes, sous l'angle des pressions toujours plus fortes relatives à la viabilité et à la solidarité.

2. Pendant la phase préparatoire de la conférence, le Bureau régional organise une série de grandes consultations avec les États membres, avec des organisations multilatérales telles que la Commission européenne, la Banque mondiale et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et avec des partenaires clés dans les États membres, notamment des responsables politiques, des universitaires et des organisations professionnelles.

3. Deux réunions consultatives avec les États membres ont eu lieu à Vienne et à Barcelone en 2006. Ces réunions, avec celles du Conseil consultatif externe, ont abouti à un accord sur les questions précises devant être abordées lors de la conférence dans le cadre du thème général portant sur l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Les ressources humaines pour la santé ont été retenues comme l'un des six principaux sujets, les autres étant la gouvernance, l'évaluation de la performance, les soins coordonnés, le choix entre une stratégie verticale ou horizontale en matière de soins de santé, et la santé publique. Il a également été convenu que ces questions techniques seraient examinées lors de réunions préparatoires organisées par le Bureau régional en 2007 et 2008. Une proposition a été faite d'ajouter une réunion technique sur les ressources humaines pour la santé à l'ordre du jour de la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe qui aura lieu à Belgrade en septembre 2007.

4. Au cours des dernières années, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté un ensemble de résolutions traitant de différents aspects de la crise du personnel sanitaire.

- Les résolutions WHA57.19 (2004) et WHA58.17 (2005) sur les migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement, ont demandé instamment aux États membres et ont prié l'OMS d'élaborer des stratégies pour atténuer les effets néfastes de la migration des personnels de santé et en réduire le plus possible les répercussions négatives sur les systèmes de santé.
- La résolution WHA59.23 (2006) sur l'accélération de la production de personnels de santé a demandé instamment aux États membres et a prié l'OMS de favoriser l'élargissement des activités visant à accélérer la production d'un personnel sanitaire compétent dans les pays.
- La résolution WHA59.27 (2006) sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux a demandé instamment aux États membres et a prié l'OMS de mettre sur pied des programmes complets de développement de personnels infirmiers et obstétricaux hautement qualifiés et motivés.

5. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* préconise un renforcement des investissements consacrés aux personnes, une amélioration de la performance et la recherche de l'équité dans la répartition et l'utilisation des ressources humaines comme moyens de surmonter la crise actuelle du personnel sanitaire. Il insiste également sur le fait que de nouvelles stratégies visant à améliorer l'efficacité des professionnels de santé doivent être adoptées, et invite instamment les gouvernements, ainsi que leurs partenaires, à prendre l'initiative de programmer, formuler et mettre en œuvre les politiques nécessaires.

Cet impératif est incontestablement de renforcer les ressources humaines de manière à ce que les systèmes de santé puissent s'attaquer aux maladies invalidantes et atteindre les objectifs nationaux et mondiaux dans le domaine de la santé. Il est capital de disposer d'une infrastructure humaine solide si l'on veut combler le fossé qui existe aujourd'hui entre les promesses et la réalité et aller au-devant des défis sanitaires du XXI^e siècle (1).

6. Face à la nécessité de mesures cohérentes au niveau mondial pour faire face à la crise et dans un souci de voir les différentes institutions continuer de coopérer efficacement, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé a été créée et lancée lors de la Cinquante-neuvième session de l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2006. Cette alliance est un partenariat dont le but est de trouver et de mettre en œuvre des solutions à la crise du personnel sanitaire. Elle regroupe différents acteurs tels que des gouvernements nationaux, des représentants de la société civile, des institutions financières, des travailleurs, des organismes internationaux, des instituts universitaires et des associations professionnelles. Elle est installée dans les locaux de l'OMS, qui la gère également.

7. Le Bureau régional a récemment publié plusieurs documents sur la situation relative au personnel sanitaire et sur les problèmes et nouveaux défis auxquels doivent faire face les États membres européens de l'OMS. Il s'agit notamment des documents intitulés *Human resources for health in the WHO European Region and Health worker migration in the European Region: country case studies and policy implications*, et de deux publications de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé : *The health care workforce in Europe. Learning from experience* et *Human resources for health in Europe*. Ces publications montrent le rôle important joué par les ressources humaines pour la santé sur la performance des systèmes de santé, et le présent document s'appuie sur leurs conclusions et sur leurs recommandations, ainsi que sur des ouvrages publiés récemment par des partenaires de premier rang du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, comme indiqué ci-après.

- Dans son récent rapport sur l'obtention de hauts niveaux de performance dans les services de santé, l'OCDE attire l'attention sur le fait que, faute de contremesures, la pénurie de professionnels de santé risque de poser problème. Dans le contexte actuel de la mondialisation du marché du travail, le manque de professionnels dans les pays riches peut inciter le personnel de santé des pays pauvres à partir là où l'herbe est plus verte, et de nombreux pays de la Région européenne de l'OMS sont déjà confrontés à ce problème.
- D'après la Déclaration de consensus de l'Union européenne (UE) sur la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé, « l'Europe est déterminée à soutenir une action internationale pour remédier à la pénurie mondiale de professionnels de santé et à la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement » (2). L'UE soutient le renforcement des capacités en ressources humaines pour la santé dans plusieurs pays par le biais de programmes bilatéraux. En décembre 2006, la Commission européenne a adopté une communication intitulée *Programme européen d'action visant à faire face à la pénurie grave de professionnels de santé dans les pays en développement (2007-2013)* (3). Cette communication démontre le soutien européen à la décennie de l'action en matière de ressources humaines pour la santé préconisée par la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé en 2004. Sur le plan de l'appui financier, la Commission prévoit de recourir aux fonds provenant de l'Instrument de coopération au développement, afin de faciliter les activités catalytiques mondiales et régionales qui favorisent la collecte de ressources au niveau des pays, de renforcer la collaboration avec les agences des Nations Unies et d'autres agences bilatérales et multilatérales, et d'impliquer réellement la société civile.

8. Les problèmes actuels de pénurie et de mauvaise répartition des professionnels qualifiés de santé à l'échelle mondiale nuisent gravement à l'état de préparation des pays, mais aussi à la sécurité sanitaire nationale et mondiale. La pénurie de ressources humaines est influencée par l'économie mondiale, par les facteurs favorisant les migrations et par les négociations mondiales sur les services. Ces influences dépassent les frontières du secteur de la santé et seule une action politique aux niveaux national, régional et mondial peut changer leur cours. Dans le même temps, les ressources humaines pour la santé entrent dans le cadre plus large des programmes relatifs au développement sanitaire et aux systèmes de santé, dont le financement et la gestion sont aussi des aspects décisifs. La meilleure parade aux problèmes de santé mondiaux passe par des alliances, une coopération et des partenariats qui témoignent d'un respect pour la souveraineté nationale et d'un sens du partage des responsabilités, comme l'explique le document intitulé *Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time* (4).

9. Après des années pendant lesquelles les nombreuses questions liées aux ressources humaines pour la santé ont été passablement négligées, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe les inscrit à l'ordre du jour de sa cinquante-septième session afin qu'elles soient débattues avec les États membres ; ces questions constituent également un point important de l'ordre du jour de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé qui aura lieu en 2008.

Introduction

Qu'entend-on par personnel de santé ?

10. Dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2006 (1)*, le personnel de santé est défini comme « l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé ». Il s'agit d'un ensemble complexe composé de plusieurs groupes professionnels spécialisés qui ont des rôles différents, leurs propres structures d'enseignement et leur propre réglementation. Le personnel de santé couvre à la fois le secteur privé et le secteur public et différents domaines des systèmes de santé. Le présent document distingue deux principaux groupes dans cet ensemble : les prestataires de services de santé et les agents du système de santé. Les prestataires de services de santé dispensent des services personnels et non personnels ; ils peuvent être médecins, dentistes, infirmiers, pharmaciens, spécialistes de santé publique, techniciens de laboratoire, etc., et représentent près des deux tiers du personnel sanitaire. Le tiers restant correspond aux agents du système de santé, c'est-à-dire le personnel d'encadrement et le personnel administratif, tels que les économistes, les gestionnaires et les planificateurs de la santé, qui ne dispensent pas directement des services de santé mais veillent à ce que les systèmes de santé fonctionnent pour atteindre leurs objectifs.

Pourquoi le personnel de santé est-il important ?

11. Le personnel de santé joue un rôle central au regard de la gestion et de la prestation de services de santé dans tous les pays. La performance d'une organisation est toujours fonction de la disponibilité, des efforts et de la gamme de compétences de ses effectifs. L'efficacité des systèmes de soins de santé et la qualité des services sanitaires dépendent de la performance des professionnels de santé, qui elle-même est fonction des connaissances, des compétences et de la motivation de ces derniers. Quel que soit le système de santé, les ressources humaines représentent l'élément de coût le plus important, qui peut atteindre 60 à 80 % des dépenses ordinaires totales. Elles impliquent également des coûts supplémentaires élevés liés à l'enseignement et à la formation, qui dépendent étroitement de la façon dont les ressources humaines sont affectées et utilisées et de l'efficacité de cette organisation. Dans la mesure où les structures sanitaires sont aujourd'hui confrontées à une restriction radicale des ressources, il est important d'accorder une attention particulière à celles qui pèsent le plus sur les coûts des systèmes de santé. Le personnel de santé a toujours été considéré comme un facteur décisif au regard de l'élargissement des interventions prioritaires et de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé. Il est donc indispensable que les décideurs et les gestionnaires mettent en place des politiques garantissant un personnel sanitaire capable de fournir des services de bonne qualité, qui soit en nombre suffisant, qui soit bien formé, et qui soit utilisé, géré et motivé de façon appropriée.

12. Les services de santé exigent une main d'œuvre extrêmement abondante et ont une incidence considérable sur l'économie, dans la mesure où ils emploient près de 10 % des effectifs de la Région européenne.

Nécessité d'adopter une vision stratégique concernant le personnel sanitaire dans la Région européenne

13. De toute évidence, la dotation en effectifs suffisants, formés et durables est un problème crucial pour les politiques de santé européennes actuelles et futures. Alors que l'on s'attend à une montée en flèche de la demande d'agents de santé dans tous les pays, les questions relatives au personnel sanitaire touchent à des domaines qui comptent parmi les plus complexes et les plus résistants au changement. Tous les États membres de la Région sont confrontés à des problèmes de déséquilibres du personnel

sanitaire qui sont profondément ancrés et aggravés par les changements démographiques, technologiques, politiques, socioéconomiques et épidémiologiques, notamment par les facteurs liés au vieillissement et aux migrations de la population. De plus, le manque de données fiables limite considérablement la possibilité d'effectuer des comparaisons significatives et de prendre des décisions solidement étayées. À cela s'ajoute que différentes définitions sont utilisées pour désigner une multitude de catégories de ressources humaines pour la santé, ce qui empêche toute comparaison ou analyse efficace.

14. Face à ces problèmes, il convient de mettre en place un personnel sanitaire dynamique et compétent, qui soit capable de s'adapter à un environnement en constante évolution et qui soit prêt à prendre en compte et à satisfaire les nouvelles attentes de la population. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe aidera tous les États membres à améliorer leur système de santé, y compris en matière de formation, d'affectation et de gestion du personnel sanitaire, grâce à un ensemble de stratégies et d'outils cohérents. Afin de passer de l'expérience quotidienne à une action contrôlée et fondée sur des bases factuelles, les décideurs dans les États membres et au niveau local doivent d'abord disposer d'informations fiables sur la situation au regard des ressources humaines pour la santé. Des bases de données solides et fiables sur le personnel sanitaire doivent être constituées dans chaque pays afin de permettre une analyse et une planification correctes des effectifs. Des efforts doivent également être accomplis au niveau des pays afin d'améliorer la gestion de ces ressources humaines grâce à des descriptions de poste bien conçues qui définissent clairement les objectifs, les fonctions et les critères de mesure des performances, à des systèmes de suivi qui obligent à rendre des comptes et permettent de recevoir des gratifications, et à des programmes de motivation efficaces. La formation des professionnels de santé doit devenir l'une des composantes fondamentales de la réforme des systèmes de santé et être étroitement reliée aux autres fonctions de ces systèmes. Des efforts considérables doivent être accomplis pour améliorer la qualité de la formation et de la pratique professionnelles, pour aligner la production de personnel de santé sur les besoins sanitaires de la population et la demande des systèmes de santé, et pour préparer les futurs professionnels de santé à s'adapter aux conditions de l'exercice de leur métier dans un environnement sanitaire en rapide mutation. Il est également urgent de favoriser la recherche relative à l'influence des ressources humaines pour la santé sur la situation sanitaire et de générer des bases factuelles aux fins de la prise de décisions et de l'élaboration des politiques.

Objet du présent document

15. Ce document expose les grands problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé en Europe et met l'accent sur ceux découlant des changements démographiques et épidémiologiques, des nouvelles technologies, des réformes structurelles et de l'évolution de l'environnement politique et économique. Il décrit ensuite l'incidence de ces problèmes sur le personnel sanitaire et les efforts d'adaptation que celui-ci devra accomplir pour y remédier. Enfin, il essaie de voir comment des stratégies bien conçues et bénéficiant d'un appui politique peuvent favoriser l'amélioration des performances et comment l'OMS peut aider les pays de la Région à atteindre leurs objectifs sanitaires définis dans leurs politiques. Il reprend et réaffirme en cela les messages essentiels du livre blanc publié par le Bureau régional à l'occasion de la Journée mondiale de la santé en 2006, intitulé *Human resources for health in the WHO European Region* (5). Ce document est l'un des principaux éléments sur lesquels s'appuie la conférence sur les systèmes de santé, sachant que les ressources humaines pour la santé ont été reconnues par les 53 États membres de la Région européenne comme l'un des thèmes essentiels devant être traités par la Conférence, en plus de cinq autres (gouvernance, évaluation de la performance, soins coordonnés, choix entre une stratégie verticale ou horizontale en matière de soins de santé, et santé publique).

Les ressources humaines pour la santé en Europe : analyse des problèmes actuels

16. Le début du XXI^e siècle a vu l'ensemble des pays de la Région européenne de l'OMS confrontés à la problématique de l'adaptation de leur système de santé en vue d'une amélioration réelle et durable de la situation sanitaire de leur population. Ces pays sont confrontés à de nouveaux problèmes difficiles dans ce domaine, qui sont liés 1) aux évolutions démographiques et épidémiologiques, dues au vieillissement

des populations ; 2) à l'incidence des nouvelles technologies en matière de diagnostic et de traitement, ainsi qu'aux exigences de citoyens mieux éduqués et mieux informés, en termes d'offre et de qualité des soins de santé ; et 3) aux effets de la mobilité accrue et de l'intensification des migrations, qui constituent aujourd'hui un sujet de préoccupation de premier plan du point de vue des politiques publiques.

17. La capacité de prendre des mesures rapides et appropriées dépend étroitement de la disponibilité d'agents de santé compétents, répartis harmonieusement par type, niveau et situation géographique des services, et exerçant dans des environnements qui les motivent pour s'acquitter correctement de leur tâche. De nombreux pays de la Région ne remplissent pas ces conditions et devront renforcer les moyens de leur système de prestation de soins. Les stratégies classiques de production, d'utilisation et de gestion du personnel sanitaire ne permettent plus de répondre aux besoins des systèmes de santé et il faut faire preuve de davantage d'innovation dans ce domaine. La dynamique du marché du travail dans le secteur de la santé se transforme radicalement en Europe : le schéma habituel selon lequel les gouvernements recrutent, forment et affectent directement tous les membres du personnel de santé ne correspond plus à la réalité dans de nombreux pays. De nouvelles formes de combinaisons public-privé font partout leur apparition, alors que la mobilité internationale des agents de santé (et des patients) a repoussé les limites du marché et modifié la dynamique de l'offre et de la demande.

18. Au total, les effectifs sanitaires dans la Région européenne sont estimés à plus de 16,6 millions de personnes, ce qui correspond à une moyenne de 18,9 pour 1 000 habitants. Les prestataires de services de santé représentent 69 % de ces effectifs (soit 11,5 millions) et les membres du personnel d'encadrement et du personnel administratif du secteur de la santé représentent 31 % (soit 5,1 millions). On observe une très grande hétérogénéité dans la répartition géographique et la composition (gamme de compétences) du personnel de santé entre les pays de la Région et à l'intérieur-même de ces pays. Le ratio entre les infirmiers et les médecins est compris entre presque 7,2 pour 1 en Irlande et 0,7 pour 1 en Grèce et en Italie. Il existe des variations importantes entre les chiffres relatifs à la densité des agents de santé pour 1 000 habitants : les ratios entre les pays enregistrant les chiffres les plus faibles et les plus élevés sont de 1 pour 6 en ce qui concerne les médecins, 1 pour 10 pour les dentistes, 1 pour 50 pour les pharmaciens, 1 pour 8 pour les infirmiers et 1 pour 12 pour les sages-femmes.

Tableau 1. Nombre d'agents de santé pour 100 000 habitants dans la Région européenne de l'OMS, 2002

Pays/région	Médecins	Infirmiers	Sages-femmes	Pharmaciens
Région européenne de l'OMS	351,22	669,02	45,07	50,93
UE	343,56	708,26	35,95	77,54
Républiques d'Asie centrale et Kazakhstan	293,14	767,68	66,90	16,38
Communauté des États indépendants	373,55	794,18	54,15	18,44
Pays le moins bien doté	118,54 (Albanie)	245,15 (Turquie)	11,30 (Allemagne)	3,03 (Ouzbékistan)
Pays le mieux doté	618,52 (Italie)	1 856,91 (Irlande)	122,77 (Azerbaïdjan)	204,31 (Malte)

Source : Base de données de la Santé pour tous de l'OMS (6).

19. Le tableau 1 ci-dessus ne donne qu'un aperçu de la situation mais les pays doivent être conscients de la dynamique de l'offre et de la demande en agents de santé et de l'éventualité de certaines évolutions au fil du temps. Il est important d'évaluer les besoins futurs en personnel de santé et de repérer les déficits importants qui sont susceptibles de se produire si aucune mesure n'est prise. Parmi les évaluations réalisées récemment au niveau des pays, deux ont été menées en Angleterre et en Finlande.

- Les projections concernant l'Angleterre sur la période 2010-2011 permettent d'estimer que les disponibilités en infirmiers qualifiés (en équivalent temps plein) seront de 308 700 pour une demande de 322 700, soit une pénurie possible de 14 000. En ce qui concerne le personnel médical, les données indiquent que les disponibilités en médecins généralistes seront de 30 800 pour une demande de 32 000, soit un déficit de 1 200 ; les disponibilités en « consultants » (spécialistes de rang élevé) de 35 900 pour une demande de 32 700, soit un surnuméraire de 3 200 ; et les disponibilités en « junior

doctors » (spécialistes en formation) et en « staff grade doctors » (spécialistes de niveau intermédiaire) de 60 800 pour une demande de 61 900, soit un déficit de 1 100. De telles projections ne peuvent jamais être précises mais du moins permettent-elles d'anticiper les déficits ou les sureffectifs importants, tels qu'ils sont évalués par rapport à la demande estimée (7).

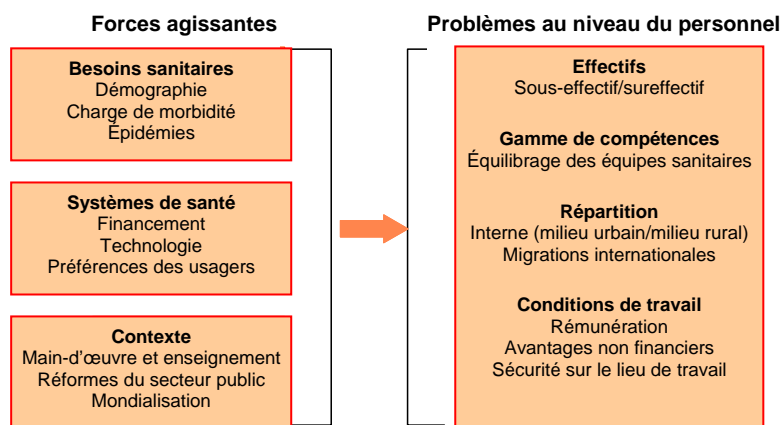
- En Finlande, le projet relatif à la population active à l'horizon 2025 mené par le ministère du Travail a donné lieu à une coopération intensive entre plusieurs secteurs de l'administration, notamment avec le ministère des Affaires sociales et de la Santé. D'après le scénario de base, qui prend en compte l'évolution prévue en fonction des connaissances actuelles, 184 000 emplois seront vacants dans le secteur de la protection sociale et des soins de santé entre 2005 et 2020 ; le scénario cible, qui tient compte de la possibilité de réaliser les objectifs relatifs à l'emploi, à la diminution du chômage et à la croissance, aboutit au chiffre de 210 000 emplois vacants. Les chiffres annuels correspondants sont respectivement de 11 600 et de 13 100. Il s'agit là des chiffres les plus élevés après ceux concernant le secteur des services. Environ 60 à 70 % des emplois vacants seront dus à des départs à la retraite. Actuellement, 13 % de la population active totale travaillent dans le secteur de la protection sociale et des soins de santé. La hausse du nombre des nouveaux emplois vacants dans ce secteur représentera près de 20 % de l'augmentation totale des emplois vacants. L'estimation des besoins au niveau du système d'enseignement se fera sur la base du projet relatif à la population active à l'horizon 2025, et des mesures seront mises en place à cet effet par le gouvernement d'ici la fin 2007.

20. Certains pays ont publié des estimations sur le nombre annuel d'infirmiers (en équivalent temps plein) devant être atteint dans les dix années à venir pour que l'offre réponde à la demande. Les Pays-Bas ont signalé un déficit de 7 000 infirmiers (1 % du personnel sanitaire agréé et en activité). La pénurie d'infirmiers en Norvège a été estimée à 3 300 personnes soit environ 5,4 % des infirmiers en activité. En Suisse, il manque 3 000 infirmiers généralistes (4,6 %) pour combler les besoins (8,9,10).

21. Alors que les systèmes de santé européens connaissent de profondes transformations, tous les pays sont confrontés aux mêmes problèmes en termes de ressources humaines, comme l'indique la figure 1 ci-dessous :

- **pénuries** liées à des aspects géographiques ou aux compétences : la pénurie d'infirmiers est le problème le plus fréquemment signalé dans les États membres ;
- les **déséquilibres au niveau des compétences** constituent un problème pour la quasi-totalité des pays : dans certains, on dénombre des professionnels peu nombreux mais coûteux dont les qualifications ne sont guère adaptées aux besoins sanitaires locaux ; dans la plupart d'entre eux, on manque souvent de personnel hautement qualifié dans le domaine de la santé publique et dans celui de l'élaboration et de la gestion des politiques sanitaires ;
- **répartition inégale** : presque tous les pays souffrent d'une mauvaise répartition du personnel caractérisée par une concentration dans les villes et un déficit dans les campagnes ;
- **mauvaises conditions de travail** : le personnel se plaint régulièrement du soutien insuffisant de la part de l'encadrement, du défaut de reconnaissance sociale, des perspectives d'évolution peu encourageantes, des bas salaires et de l'inexistence de mesures d'encouragement ;
- **migrations des professionnels de santé** : de nombreux pays sont également touchés par les conséquences possibles de la migration des agents de santé, ou considèrent l'immigration de professionnels sur leur territoire comme une « solution » à leur pénurie de compétences (voir la section intitulée « Transformation de l'environnement en Europe : tendances et défis communs »).

Figure 1. Les forces qui agissent sur le personnel sanitaire



Source : *Rapport sur la santé dans le monde 2006 (1)*.

22. Pour remédier efficacement aux problèmes de ressources humaines rencontrés par les pays, il faut disposer d'informations fiables, de recherches sérieuses et d'une base de connaissances solide. Actuellement, la recherche opérationnelle sur les ressources humaines pour la santé est très limitée. Les responsables de l'élaboration des politiques aux niveaux national et international doivent disposer d'informations sûres sur la situation dans ce domaine pour concevoir des interventions judicieuses permettant d'améliorer la performance des services de santé. En Europe, les bases de données sur les ressources humaines pour la santé sont incomplètes et n'offrent pas de possibilités de comparaison. Les pays utilisent un système différent pour désigner les catégories de personnel de santé et les définitions relatives au domaine de compétence de chaque profession rendent les comparaisons entre pays quasiment impossibles. En ce qui concerne le recueil de données, il n'existe pas non plus de normes établies, et la validité et la fiabilité des données sont très inégales. Cette réserve étant posée, il est néanmoins nécessaire d'examiner la situation du personnel sanitaire dans la Région.

23. En l'absence d'un ensemble cohérent et complet de données empiriques sur les ressources humaines pour la santé en Europe, il est impossible de procéder à une analyse détaillée et constructive des besoins en personnel de santé. On ne dispose pas de suffisamment d'informations valables, comparables et actualisées sur les structures d'âge, la participation au marché du travail, les heures de travail, la productivité, la rémunération, l'affectation fonctionnelle et géographique et la répartition par type et niveau de services, tant dans le secteur public que privé. Il existe également une pénurie d'informations qualitatives sur les capacités et les processus en termes d'enseignement et de formation, les conditions de travail, les pratiques en matière de gestion et les attentes des travailleurs. Sans ce type de données, aucune politique habile répondant aux besoins actuels et futurs des services de santé ne pourra être mise au point.

24. Or, il n'existe pas d'informations complètes sur les études menant aux professions de santé en Europe, notamment sur les types de subdivisions au sein des spécialisations médicales. Il existe des différences importantes entre les itinéraires pédagogiques que les étudiants doivent suivre pour atteindre ou maintenir un statut professionnel, qui vont du type d'établissement de formation (universitaire ou non universitaire) au nombre d'années d'études requises et aux barrières à franchir pour pouvoir passer au niveau supérieur. Dans la partie occidentale de la Région, ces disparités s'aplanissent peu à peu sous l'effet du processus d'harmonisation de l'UE. En revanche, dans la partie orientale, le processus de Bologne n'a permis de mieux comprendre que récemment l'importance d'une surveillance étroite du déroulement des programmes d'études. D'une façon générale, les conditions d'accès aux professions de prestataires de services de santé et d'agents des systèmes de santé restent très variables d'un pays à l'autre.

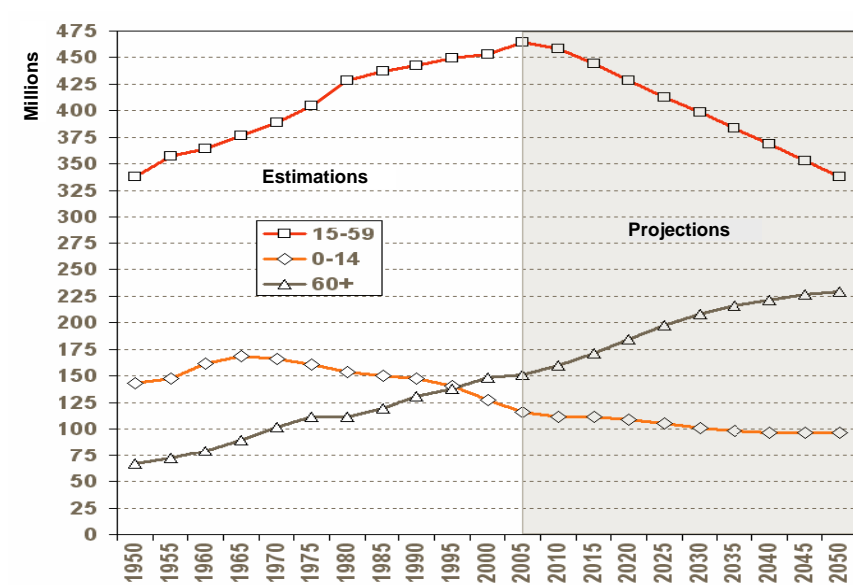
Transformation de l'environnement en Europe : tendances et défis communs

Changements démographiques et épidémiologiques

Vieillesse de la population

25. Le vieillissement de la population est une tendance démographique déterminante dans la Région européenne, qui influence à la fois le profil épidémiologique des populations et les besoins en services de santé. Dans la partie occidentale de la Région, on s'oriente clairement vers un allongement de l'espérance de vie et vers un accroissement des maladies chroniques et des déficiences (en particulier au niveau cognitif) ; en revanche, la partie orientale supporte le « double fardeau » constitué par les niveaux élevés de maladies non transmissibles et transmissibles, notamment le VIH/sida et la tuberculose.

Figure 2. Évolution de la population en Europe par grands groupes d'âges



Source : Département des Affaires économiques et sociales des Nations Unies (11).

26. Globalement, la population européenne vieillit plus rapidement que celle de tous les autres continents. Elle est actuellement la plus âgée, avec un âge médian de 39 ans, devant les populations d'Amérique du Nord (36 ans) et d'Océanie (32 ans). L'Europe est aujourd'hui confrontée à un changement démographique sans précédent : le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus a dépassé le nombre d'enfants (de moins de 15 ans) en 1995. D'ici 2050, il y aura sur ce continent deux fois plus de personnes âgées que d'enfants. En fait, en Europe, seule la frange la plus âgée de la population devrait augmenter à l'avenir, alors que la population des moins de 60 ans devrait diminuer, comme l'indique la figure 2. La diminution de la population infantile combinée à celle de la population en âge de travailler (les 15-59 ans) entraîne un vieillissement très rapide de la population et pose un problème majeur du point de vue de l'adaptation sociale et économique des sociétés. D'ici 2025, l'Europe regroupera huit des dix plus « vieux » pays du monde – c'est-à-dire ceux comportant le plus fort pourcentage de personnes de 60 ans et plus – avec une population d'au moins 10 millions de personnes (11).

27. Les changements démographiques en Europe, qui vont se traduire par un allongement de la durée de la vie et par une baisse potentielle de la population active due à la chute des taux de natalité, vont accentuer les problèmes économiques, budgétaires et sociaux au cours des prochaines décennies. Dans la partie occidentale de la Région, le nombre de personnes âgées de plus de 64 ans a plus que doublé depuis les années 50, alors que celui des plus de 80 ans a quadruplé. Si cette évolution peut à bien des égards être considérée comme une énorme victoire du point de vue de la santé publique, elle représente un problème particulier pour le secteur sanitaire et social. D'après les prévisions, dans l'UE, le ratio entre les personnes âgées et économiquement inactives (les plus de 65 ans) et la population en âge de travailler pourrait plus

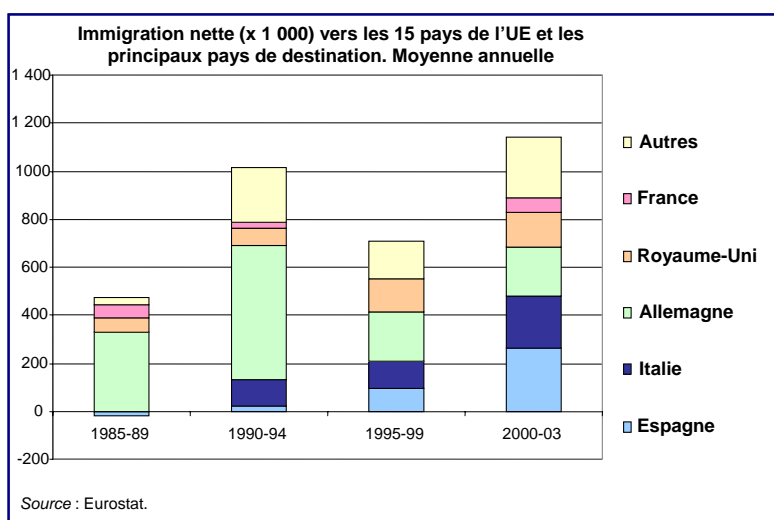
que doubler entre 2005 et 2050. Il est plus important que jamais que les gens restent en bonne santé et autonomes aussi longtemps que possible afin d'éviter les décès prématurés chez les actifs d'âge moyen et de « repousser » la morbidité vers la fin de vie.

28. L'espérance de vie à la naissance a augmenté de 20 ans depuis 1950. Certes, ce phénomène est dû en partie à une diminution du taux de mortalité infantile, mais il tient davantage à un accroissement de l'espérance de vie des personnes âgées. Aujourd'hui, à 60 ans, les hommes européens peuvent espérer vivre encore 17 ans et les femmes 22 ans (12). Les effets du vieillissement sur la composition de la population se font désormais sentir beaucoup plus tôt et sont donc importants à la fois pour le marché du travail et pour les secteurs de la santé et des soins de longue durée. Les chiffres présentés dans le Livre vert sur les changements démographiques publié par la Commission européenne en 2005 (13) montrent que, d'ici 2030, la population en âge de travailler dans l'UE aura diminué de 20,8 millions (6,8 %). En 2030, il y aura environ deux actifs (âgés de 15 à 65 ans) pour s'occuper d'un inactif (âgé de plus de 65 ans). Les pays qui enregistreront la plus forte proportion de personnes âgées seront l'Espagne (36 %), l'Italie (35 %), l'Allemagne, la Grèce et le Portugal (32 % dans ces trois pays), alors que le Luxembourg enregistrera la plus faible (22 %).

Des migrations pour compenser le vieillissement de la population

29. Les migrations à l'intérieur et à destination de la Région européenne pourraient atténuer les effets du fléchissement de la population d'ici à 2025, même si elles ne suffiront pas à elles seules à résoudre tous les problèmes liés au vieillissement de la population et qu'elles ne sauraient remplacer des réformes économiques. Comme l'indique le Livre vert de la Commission, des flux migratoires plus importants pourraient être de plus en plus nécessaires pour satisfaire aux besoins de main-d'œuvre et préserver la prospérité de l'Europe (13). Compte tenu de la situation démographique de l'Europe et de son environnement géographique, cette immigration économique sera aussi, en grande partie, une immigration de peuplement. En 2004, l'UE a recensé 1,8 million d'immigrants. Au cours des 15 à 20 années à venir, l'Europe continuera de recevoir une immigration nette importante. D'après les projections d'Eurostat, près de 40 millions de personnes émigreront vers l'UE d'ici à 2050. Dans la mesure où la plupart des migrants sont en âge de travailler, ils ont tendance à faire baisser l'âge moyen de la population. Toutefois, malgré les flux actuels, l'immigration ne peut que partiellement compenser les effets de la baisse de la fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie sur la structure par âge de la population européenne.

Figure 3. Tendances en matière de migration nette



30. La figure 3 illustre l'augmentation des migrations en tant que facteur d'accroissement de la population. Par ailleurs, sans migrations, la population totale de l'Europe aurait déjà commencé à baisser. Dans la mesure où les migrants ont des taux de fécondité plus élevés que la population locale, les migrations pourraient dynamiser la croissance naturelle de la population. L'Allemagne a toujours été une

destination de prédilection pour les migrants, qui arrivaient souvent de la partie orientale de l'Europe, mais elle a récemment été devancée par l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni. Bon nombre de personnes ayant récemment émigré en Espagne viennent d'Amérique du Sud, alors que l'Irlande et le Royaume-Uni sont également très prisés des migrants venant d'Asie. Les migrations sont dues pour une bonne part au rapprochement familial.

Augmentation de l'importance des maladies chroniques et des incapacités

31. Dans la mesure où la population de la Région européenne vieillit, les problèmes de santé liés au vieillissement, de plus en plus complexes, et les effets combinés du vieillissement et de la détérioration des fonctions cognitives, ont des conséquences importantes sur la demande future en soins de santé et en aide sociale. De plus, cette situation se produit en même temps qu'une certaine usure des structures traditionnelles de soutien familial – et alors que, dans certains pays de la partie orientale de la Région, aucune structure n'a été créée pour remplacer l'effondrement des systèmes de santé. L'augmentation de la demande en services de soins de santé entraînera une augmentation de la demande en agents de santé, notamment ceux dont le travail se situe à la frontière entre les services de santé et l'aide sociale.

32. Les tendances démographiques dans la Région ont entraîné une progression considérable des maladies chroniques, notamment des accidents vasculaires cérébraux, des cardiopathies, du cancer, de la cataracte, des risques de chute et de l'incontinence. Chez les plus de 65 ans, le cancer et les maladies cardiovasculaires représentent près des trois quarts du nombre total de décès en Europe. Les personnes âgées souffrent souvent de plusieurs pathologies chroniques en même temps, ce qui entraîne une incapacité importante et complique singulièrement la prise en charge médicale. Il est nécessaire d'adopter des modèles de soins intégrés, qui couvrent les soins de santé et l'aide sociale, pour prendre en charge efficacement les maladies chroniques au sein de structures de proximité. On entend par « maladies chroniques » des problèmes de santé qui exigent une prise en charge constante pendant un certain nombre d'années ou de décennies. Elles comprennent le diabète, les cardiopathies, l'asthme, les broncho-pneumopathies obstructives chroniques, le cancer, l'infection à VIH et le sida, la dépression et les incapacités physiques (1). Il existe de nombreuses autres maladies chroniques, mais leur point commun, la plupart du temps, est de peser sur les aspects sociaux, psychologiques et économiques de la vie d'une personne.

Services axés sur les patients et nouvelles missions du personnel de santé

33. Bien que la dépression soit encore mal reconnue et qu'elle fasse l'objet d'une importante stigmatisation dans toute la Région européenne, elle touche entre 10 et 15 % des personnes de plus de 65 ans. Les personnes âgées dépressives ont deux à trois fois plus de risques de contracter au moins deux maladies chroniques et deux à six fois plus de risques de connaître au moins une limitation dans leurs activités quotidiennes. La dépression est la première cause de suicide chez les personnes âgées en Europe. Les taux de suicide et de blessures infligées à soi-même sont supérieurs d'environ 26 % chez les Européens de plus de 65 ans par rapport au groupe d'âge des 25-64 ans. Dans 90 % des pays de l'UE, ce sont les personnes de plus de 75 ans qui connaissent le taux de suicide le plus élevé. Des formations médicales mieux adaptées, une plus grande sensibilisation de la société et un meilleur accès aux traitements possibles sont nécessaires si l'on veut être en mesure de prévenir, diagnostiquer et traiter la dépression liée au grand âge.

34. De plus en plus de patients atteints de maladies invalidantes et chroniques ont besoin de bénéficier d'un ensemble de services au sein de plusieurs structures et de recevoir des soins dispensés par différents professionnels, la plupart du temps à domicile ou dans des établissements de soins primaires – d'où la nécessité d'une infrastructure qui n'existe pas dans de nombreux pays européens. Sous l'influence de ces nouveaux modèles en matière de soins, la tendance est de passer des soins aigus tertiaires en milieu hospitalier à un système de soins centré sur le malade, privilégiant les soins à domicile dispensés par une équipe soignante, ce qui nécessite des compétences nouvelles, une collaboration interdisciplinaire et la continuité des soins – comme le prouvent les démarches novatrices adoptées dans de nombreux pays européens. La multiplication des maladies chroniques exige également que les responsables politiques prennent en compte les besoins des aidants non professionnels lors de l'élaboration de politiques de soins à long terme. En raison de la décentralisation accrue des services en Europe, la charge qui pèse sur ces personnes risque de s'alourdir. Il ne faut pas considérer leur rôle décisif comme allant de soi. Sans aide,

bon nombre des aidants non professionnels ne pourront plus surmonter les difficultés et les personnes âgées dont elles s'occupent seront laissées pour compte.

Innovations technologiques et réforme structurelle

35. Les innovations technologiques et les connaissances scientifiques élargissent en permanence l'éventail des possibilités en matière d'organisation des soins de santé. L'informatique s'impose peu à peu comme une composante essentielle de la dispensation de ces soins, en tant qu'outil de stockage et de recherche d'informations sur les patients et en tant qu'aide à la décision clinique et administrative grâce à la « gestion du savoir ». Aujourd'hui, les nouvelles connaissances sont accessibles à tous pratiquement en temps réel et de n'importe où. La télémédecine connaît un essor rapide et permet aux professionnels de consulter leurs collègues et de réaliser des interventions à distance. Les procédures de diagnostic de plus en plus élaborées augmentent les possibilités d'effectuer un diagnostic précoce et précis, ce qui entraîne de nouveaux besoins auxquels les services de santé doivent répondre. Le recours à des techniques et stratégies thérapeutiques telles que les procédures non invasives a eu des conséquences très importantes sur les services hospitaliers. Dans certains pays, jusqu'à 85 % des interventions chirurgicales peuvent désormais être réalisées en mode ambulatoire, ce qui nécessite de profonds changements d'organisation et de nouvelles méthodes de travail. Enfin, les récentes avancées technologiques telles que la thérapie génique et le clonage suscitent de grands dilemmes moraux et éthiques que les professionnels de santé en général et les médecins en particulier devront résoudre.

36. La réforme structurelle est une caractéristique fondamentale de nombreux systèmes de santé. Les pressions en faveur d'une réduction des coûts et d'une amélioration de l'efficacité des services ont également été à l'origine d'analyses approfondies de l'organisation et de la prestation des services. Bon nombre de politiques ont mis l'accent sur les performances à améliorer et sur les mesures de maîtrise des dépenses, telles que l'application de modèles préconisant les soins à domicile et le renforcement des services des soins primaires. L'évaluation est aujourd'hui une pratique plus courante et les responsables des services sont censés prendre des décisions en tenant compte des données résultant de l'évaluation et de la recherche. De plus, la société de consommation et le foisonnement d'informations disponibles ont fait naître un nouveau type d'usager des services de santé, qui prend davantage son destin en main, qui refuse d'accepter sans protester les modèles de soins dispensés et qui veut que les services répondent à ses attentes, par exemple en respectant ses valeurs. La plupart des pays de la Région sont engagés dans un processus permanent de réforme structurelle visant à améliorer la performance des services. Ces réformes ont généralement pour but d'assurer un accès plus équitable aux soins et une bonne qualité des services, en termes d'efficacité technique et de capacité à faire face aux attentes des usagers, tout en garantissant une utilisation rationnelle des ressources disponibles.

Évolution de l'environnement politique et économique, notamment du point de vue des migrations

Mondialisation et commerce international

37. La mondialisation est une réalité et une caractéristique de notre époque. En tant que source actuelle et future de croissance économique pour les individus, les entreprises et les nations, le secteur des services est celui qui suscite aujourd'hui le plus d'intérêt sur le marché mondial. L'Organisation mondiale du commerce estime que les services représentent actuellement plus de 60 % de la production et des emplois dans le monde. Les accords commerciaux internationaux créent les conditions d'une mobilité accrue des professionnels de santé à l'avenir. Les processus de mondialisation et d'intégration économique entraînent inévitablement une augmentation des flux migratoires des travailleurs. Le nombre de migrants internationaux a doublé au cours des trois dernières décennies, pour atteindre près de 200 millions en 2005 (14). La moitié de ces migrants sont des femmes. Le nombre total de migrants en Europe, y compris dans la partie européenne de l'ex-Union soviétique, s'élève à environ 56,1 millions, ce qui correspond à 7,7 % de la population européenne. Les professionnels de santé font partie de ce marché mondial du travail en pleine expansion.

Migrations internes

38. Les professionnels de santé ont toujours migré. Les flux migratoires ont tendance à partir des zones urbaines à faible revenu vers les zones à revenu élevé, des pays à faible revenu vers les pays à revenu élevé, et des pays en développement vers les pays industrialisés. La migration à l'intérieur d'un pays est souvent la première étape du processus qui aboutit à la migration internationale. Apparemment, les flux migratoires suivraient une hiérarchie des richesses. Les professionnels de santé quittent le secteur public pour le secteur privé ou le milieu hospitalier pour des laboratoires pharmaceutiques. Les migrants internes représentent souvent une importante population d'agents de santé potentiels mais il est pourtant difficile de les faire apparaître dans les statistiques actuelles. Il est courant d'affirmer que l'exode du secteur public vers le secteur privé est important, mais dans la plupart des pays, ce jugement est rarement étayé par des données concrètes. Aucun système de suivi fiable ne permet actuellement de comparer la part de l'influence des migrations internes et celle des migrations internationales sur les pertes en professionnels de santé subies par les services de santé publique. Or, il est important de connaître cette répartition si l'on veut planifier et obtenir une couverture universelle de la population.

Migrations internationales

39. Les migrations internationales reprennent souvent les mêmes schémas que les migrations internes. L'exode depuis les zones urbaines à faible revenu vers les zones à revenu élevé et des secteurs pauvres vers les secteurs plus riches pose un certain nombre de problèmes du point de vue de la couverture universelle de la population. Les migrations internationales sont souvent rendues responsables de la grave pénurie de professionnels de santé observée dans les pays en développement. Les motivations à l'origine des migrations sont souvent désignées sous l'expression de « facteurs de départ et d'attraction ». Le tableau 2 ci-dessous présente quelques-uns des principaux facteurs pouvant s'appliquer au personnel de santé. Dans une certaine mesure, ils sont inversés – sur les questions du salaire relatif, des perspectives de carrière, des conditions et de l'environnement de travail dans les pays d'origine et d'accueil. Lorsqu'un manque est important dans un pays (ou du moins lorsqu'il est ressenti comme tel), le pays d'accueil semble attractif. D'autres éléments peuvent toutefois constituer des facteurs de départ dans certains pays à des moments précis, comme par exemple les craintes liées à la sécurité des individus dans les zones de conflit et l'instabilité économique. D'autres facteurs d'attraction, par exemple la possibilité de voyager ou de participer à une mission humanitaire, peuvent également avoir une importance.

Tableau 2. Principaux facteurs de départ et d'attraction influant sur les migrations internationales

Facteurs de départ	Facteurs d'attraction
Bas salaire (absolu ou relatif) Mauvaises conditions de travail Manque de ressources Perspectives de carrière limitées Possibilités limitées en matière d'enseignement	Salaire plus élevé Possibilités de transfert de fonds Meilleures conditions de travail Perspectives de carrière Meilleure dotation en ressources des systèmes de santé Accès à des études spécialisées
Conséquences du VIH/sida Environnement de travail instable/dangereux Instabilité économique	Stabilité politique Possibilités de voyage Aide humanitaire

Source : Buchan, Parkin et Sochalski (15).

40. Il existe deux principaux indicateurs de l'importance relative d'un pays en termes de migrations et de recrutement international : le flux de travailleurs arrivant dans ce pays en provenance d'autres pays (et/ou le flux de travailleurs partant vers d'autres pays) et la population réelle d'agents de santé internationaux dans ce pays à un moment donné. Plusieurs documents et rapports publiés récemment sur les migrations internationales des professionnels de santé soulignent la nécessité d'améliorer la surveillance des flux transfrontaliers. Actuellement, les meilleures données disponibles dans un pays sont incomplètes et ne sont pas compatibles avec celles des autres pays, d'où l'impossibilité de dresser un tableau de la situation internationale. Il reste néanmoins possible de prendre un pays en particulier et d'utiliser les données

disponibles pour le situer dans la dynamique internationale et, de là, déterminer les liens qui le lient aux autres pays en termes de flux migratoires du personnel de santé.

41. Au cours des 30 dernières années, le nombre de professionnels de santé formés à l'étranger dans les pays d'Europe occidentale a considérablement augmenté. Le tableau 3 ci-dessous prend l'exemple de plusieurs pays européens. Il permet de constater l'existence d'écarts entre des niveaux très faibles et des niveaux relativement élevés.

Tableau 3. Médecins formés à l'étranger et exerçant dans un pays d'Europe

Pays de résidence	1970 (en %)	2005 (en %)
Allemagne	5	5
Danemark	3	11
France	1	6
Pays-Bas	1	6
Portugal	1	4
Royaume-Uni	26	33
Suède	5	5

Source : Mejia (16) en ce qui concerne les années 70 et Mullan (17) et plusieurs autres sources provenant de registres professionnels en ce qui concerne les années 2000 (données préliminaires).

42. Les migrations font l'objet d'une attention accrue en Europe depuis quelques années, avec l'adhésion des 12 nouveaux pays à l'UE (le renforcement de la mobilité de la main d'œuvre est un élément clé des politiques de l'UE, conformément au principe de la libre circulation des personnes exigée par le marché unique européen). L'écart de revenus entre d'une part les nouveaux pays d'Europe centrale et orientale et, d'autre part, les anciens États membres étant nettement plus important que lors du précédent élargissement de l'UE, un recrutement actif d'infirmiers, de médecins et d'autres travailleurs vient s'ajouter aux flux migratoires « naturels » de personnes qui franchissent les frontières pour des raisons personnelles de diverse nature.

43. Dans ce contexte, les migrations représentent un problème particulier, car certains pays d'Europe orientale (voire, parfois, des pays en développement non européens) sont confrontés à un grave phénomène de « fuite des cerveaux », ce qui suscite des préoccupations d'ordre éthique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a préparé une synthèse d'études de cas qui met en lumière des variations dans les schémas de flux migratoires des travailleurs et l'attention politique accrue portée aux effets des migrations du personnel de santé. Les données disponibles ne permettent pas de dresser un tableau précis à l'échelle européenne des tendances suivies par les flux migratoires de médecins, d'infirmiers et d'autres agents de santé, ni de juger de l'équilibre entre les migrants temporaires et les permanents, ni de comparer les niveaux de migrations entre les pays. Ce manque général de données précises sur les professionnels de santé, notamment dans la partie orientale de la Région, exige des activités de recherche de base coordonnées dans tous les pays d'origine et d'accueil concernés.

44. Les accords internationaux destinés à diminuer les entraves au commerce apportent de nouveaux cadres juridiques qui réglementent la production (enseignement, autorisation d'exercer, formation continue), mais aussi la répartition, les pratiques et l'organisation à l'échelle mondiale, régionale et nationale des professions de santé, dans le respect des normes multinationales communes. La mise au point de telles normes en matière d'enseignement, ainsi que l'harmonisation et la reconnaissance mutuelle des diplômes entre les pays, renforce la liberté de circulation des professionnels au sein, par exemple, de l'UE.

Conséquences sur le personnel sanitaire

45. Les changements démographiques ont également une incidence sur l'offre même et la composition du personnel sanitaire : celui-ci vieillit et, dans les pays riches, il comprend davantage de professionnels formés à l'étranger. Dans les pays pauvres, on observe des déficits dus à l'émigration et partout, la population de candidats à l'embauche diminue en raison de la réduction du nombre de personnes atteignant l'âge de travailler et de la concurrence des autres secteurs du marché du travail.

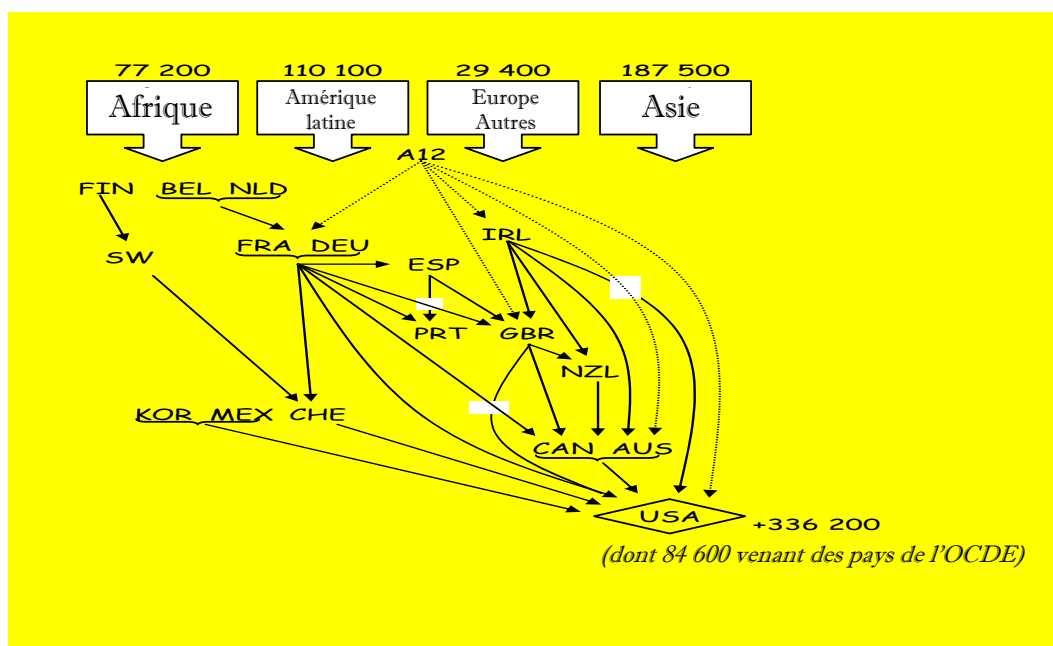
46. Aujourd'hui, le vieillissement du personnel sanitaire se fait sentir dans de nombreux pays de la Région. Ainsi, le Danemark, la France, l'Islande, la Norvège et la Suède voient augmenter l'âge moyen de leur personnel infirmier en exercice, qui se situe aux alentours de 41-45 ans. Au Royaume-Uni, un infirmier sur cinq a 50 ans ou plus et près d'un sur deux a plus de 40 ans. La diminution du nombre de jeunes infirmiers est particulièrement préoccupante. Toujours au Royaume-Uni, entre 1988 et 1998, la proportion d'infirmiers âgés de moins de 30 ans a chuté de 30 à 15 %. Des tendances similaires ont été observées chez les médecins. Ainsi, en 1985, 55 % des médecins français avaient moins de 40 ans mais, en 2000, ce pourcentage était tombé à 23 %. Au Royaume-Uni, un recensement a révélé qu'en 2001, seuls 19 % des « consultants » (spécialistes) avaient moins de 40 ans, alors qu'environ 40 % de ceux âgés de plus de 50 ans étaient censés partir à la retraite au cours des 10 à 15 années suivantes. Ces chiffres donnent à penser que les anciennes politiques, telles que l'instauration d'un *numerus clausus* à l'entrée des formations de médecins et d'infirmiers, conjuguées au vieillissement des populations et à la diminution des perspectives de recrutement sur le marché du travail européen, entraîneront de graves déséquilibres entre l'offre et la demande d'agents de santé (18).

47. La présence accrue des femmes dans certaines catégories du personnel sanitaire est une autre tendance à prendre en compte ; d'après les prévisions, elle devrait s'accroître davantage et les femmes pourraient être à l'origine de la plus forte hausse de l'offre de main d'œuvre dans la Région. Dans la plupart des pays d'Europe occidentale, la proportion de femmes médecins (à la fois généralistes et spécialistes) a augmenté régulièrement pendant toute la décennie 1990. La féminisation des professions médicales a des conséquences importantes sur la planification des ressources humaines, dans la mesure où les femmes sont plus susceptibles de s'interrompre dans leur carrière ou de travailler à temps partiel. Ces facteurs doivent être pris en compte si l'on veut estimer de façon réaliste les disponibilités et les besoins en médecins.

48. Le recrutement international d'agents de santé a été considéré comme une « solution » à la pénurie de professionnels de santé qualifiés dans certains pays, mais il pourrait entraîner de nouveaux problèmes de pénurie dans d'autres pays, comme en a débattu la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé en 2006. Ce sujet soulève en outre de graves questions d'éthique. Certes, les migrations peuvent présenter des avantages (elles permettent de remédier à la pénurie de main d'œuvre dans certains pays, elles soulagent d'autres pays de leurs sureffectifs et représentent pour certains professionnels de santé un moyen de renforcer leurs compétences, d'élargir leurs perspectives de carrière et d'améliorer leur niveau de vie), mais elles peuvent aussi aggraver la pénurie de personnel dans les pays souffrant déjà d'un manque d'effectifs.

49. Les courants de migration sont complexes et en perpétuelle évolution, comme l'indique la figure 4 ci-dessous.

Figure 4. Modèle type en cascade des migrations des professionnels de santé



Source : Dumont JC, Zurn P. (19).

50. Avec les avancées technologiques, le personnel de santé doit adapter ses services aux nouvelles données scientifiques disponibles. Les changements dans ce domaine ont des retombées importantes sur les ressources humaines car ils déterminent les types de services pouvant être assurés par les agents de santé, le cadre dans lequel ils les dispensent et la façon dont le travail est organisé. Le personnel de santé doit être prêt à faire constamment le bilan de ses compétences et à les faire évoluer. Les enseignants et les formateurs doivent également adapter leur méthode pédagogique afin de préparer les travailleurs au processus d'apprentissage permanent qui les attend.

51. Par ailleurs, les réformes structurelles remettent en question la division classique du travail en favorisant une meilleure intégration et une meilleure coordination des services et des équipes. Les innovations technologiques et les réformes structurelles sont également des facteurs de changement en ce qui concerne la composition, la mission et les caractéristiques du personnel sanitaire : elles bouleversent la combinaison de qualités requise pour certaines professions, ouvrent des perspectives pour d'autres et modifient les connaissances, le savoir-faire et les compétences nécessaires pour exercer de nouvelles activités. Les conceptions modernes du travail font disparaître la frontière traditionnelle entre les professions et remettent en question la structure hiérarchique des soins de santé qui prévalait jusqu'à présent. L'évolution des relations entre les prestataires de services cliniques et les patients requiert elle aussi de nouvelles compétences en matière de communication.

52. Les conséquences attendues des changements démographiques et technologiques sur le futur personnel sanitaire en Europe semblent paradoxales. Alors que ces changements entraînent une augmentation de la demande de services de santé, le vieillissement de la population et la décroissance démographique se traduisent par une diminution de la population en âge de travailler, ce qui a des effets néfastes sur les disponibilités en personnel sanitaire. Il est donc plus que jamais nécessaire de mettre en place des politiques novatrices qui permettent d'augmenter les taux de participation des agents de santé au marché du travail, notamment des femmes, des catégories d'actifs plus âgées et des migrants, et de réduire ainsi l'écart entre l'offre et la demande de ressources humaines pour la santé.

Politiques actuelles et futures

Améliorer la performance des systèmes de santé grâce aux politiques relatives aux ressources humaines pour la santé

53. La plupart des pays de la Région s'emploient déjà à relever les défis liés aux ressources humaines pour la santé. Ils ne procèdent pas toujours selon la méthode systématique décrite par l'OMS dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2006*. En règle générale, les pays ont intérêt à élaborer une politique relative au personnel de santé qui soit précise et en adéquation avec leur politique sanitaire. Cette politique devrait s'appuyer sur une évaluation rigoureuse de la situation en matière de ressources humaines pour la santé, notamment sur une estimation des effectifs d'agents de santé, leur composition, leur structure d'âge, leur répartition et leur utilisation ; sur son évolution prévue en fonction de différents scénarios ; sur une analyse de la dynamique du marché du travail dans le secteur de la santé en termes d'entrées (y compris les migrations) et de sorties, et de la mobilité interne entre le secteur public et le secteur privé ; sur une évaluation de l'incidence du recours aux nouvelles technologies ; sur une estimation de la performance des établissements et des programmes d'enseignement et de formation ; sur une analyse du cadre réglementaire définissant la répartition des tâches entre les différents professionnels et garantissant la qualité de leur travail ; et sur un examen des conditions de travail et des systèmes d'incitation. Ces estimations peuvent servir de point de départ à un processus de détermination des besoins par le repérage des déséquilibres entre la situation actuelle et une situation plus satisfaisante. Il convient de définir les coûts liés aux différentes mesures susceptibles de combler ces déséquilibres pour pouvoir déterminer la faisabilité des changements politiques. Une bonne politique en matière de ressources humaines pour la santé devrait permettre de définir les besoins en agents de santé selon leurs type, leurs compétences et leur nombre ; leur système de recrutement, d'études et de formation pendant toute leur vie professionnelle ; leurs conditions de travail et les mesures d'encouragement qui peuvent leur être proposées pour les fidéliser et pour les inciter à s'acquitter correctement leur tâche ; et le dispositif permettant de contrôler et de garantir la qualité de leur travail. Ces choix devront être approuvés par les différentes parties prenantes afin que l'on ait un minimum de garanties sur la faisabilité de leur mise en œuvre.

54. La politique relative au personnel sanitaire devrait également définir la mission de chacun. Certes, il incombe à l'État de garantir à ses citoyens l'accès à des services sanitaires de qualité, mais de nombreuses fonctions contribuant à cette mission sont ou peuvent être déléguées à des organismes de réglementation indépendants, à des établissements d'enseignement, à des conseils professionnels et à d'autres organisations professionnelles. La clé de la réussite réside dans une démarche consultative multisectorielle qui amène toutes les parties prenantes à participer au processus d'élaboration. Il est donc nécessaire d'adopter une stratégie visant à impliquer des ministères et des organismes relevant d'autres secteurs que celui de la santé, et à mobiliser les parties concernées du secteur de la santé. Le ministère de la Santé peut et devrait diriger ce processus et prendre le temps de consulter ceux qui seront visés par la politique retenue. Les plans élaborés dans le secret des bureaux ont peu de chances de produire les résultats attendus. En ce qui concerne les migrations de personnel de santé, il existe tout un éventail de mesures possibles aux niveaux national et international, comme le montre le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4. Interventions des pouvoirs publics dans le recrutement international, selon les informations communiquées au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe par les pays sur lesquels porte l'étude

Type	Intervention	Pays ^a
Au niveau des organisations		
Jumelages	Les établissements hospitaliers dans les pays d'origine et d'accueil entretiennent des relations et mettent sur pied des échanges de personnel, des formules d'assistance et un envoi de ressources vers les pays d'origine.	E, A, RU
Échanges de personnel	Des mutations temporaires vers une autre organisation sont proposées en fonction de la situation personnelle des intéressés, de leurs perspectives de carrière et des possibilités d'amélioration de l'organisation.	A, RU
Aide en matière d'enseignement	Mise à la disposition de l'organisation d'origine de personnel et de ressources d'enseignement par l'organisation d'accueil.	E, A, RU
Accord bilatéral	Les employeurs du pays d'accueil négocient des accords avec les employeurs ou le personnel enseignant du pays d'origine, par lesquels ils s'engagent à prendre totalement ou partiellement en charge les frais de formation du personnel supplémentaire, ou à recruter du personnel pour une période fixe, qui pourra bénéficier d'une formation avant de rentrer dans son pays d'origine.	A (régional), RU
Au niveau national		
Accord de gouvernement à gouvernement	Le pays d'accueil met au point un accord avec le pays d'origine par lequel il s'engage à prendre en charge les frais de formation du personnel supplémentaire et/ou à recruter du personnel pour une période fixe, qui pourra bénéficier d'une formation et d'une spécialisation avant de rentrer dans son pays d'origine, ou encore à recruter du personnel en sureffectif dans le pays d'origine.	RU, E, P, PB
Règles de déontologie en matière de recrutement	Le pays d'accueil instaure des règles limitant le choix de pays parmi lesquels l'employeur peut recruter et la durée de séjour des employés. Les questions liées au champ d'application, au contenu et au respect de ces règles doivent toutes être clairement précisées.	RU
Compensation	Le pays d'accueil verse une compensation sous forme d'argent ou autre au pays d'origine, parfois en fonction de la durée du séjour, des frais de formation ou du coût du recrutement, éventuellement par le biais d'organismes internationaux (ce qui, de toute façon, se produit rarement).	
Gestion des migrations (également à l'échelle régionale)	Un pays (ou une région) connaissant un exode de personnel lance un programme destiné à faire cesser l'émigration non planifiée, en tentant de réduire l'importance des facteurs de départ et en aidant les autres pays à gérer les migrations.	
Formation pour l'exportation	Les pouvoirs publics ou le secteur privé prennent officiellement la décision de mettre en place une infrastructure consacrée à la formation de professionnels de santé destinés au marché de l'exportation, afin de bénéficier des fonds transférés par ces professionnels à leur famille ou des paiements effectués d'avance.	

^a E : Estonie ; A : Allemagne ; PB : Pays-Bas ; P : Pologne ; E : Espagne ; RU : Royaume-Uni.

Source : Buchan J., Perfilieva G (20).

55. Au niveau international, il existe déjà un exemple de code de bonne conduite multinational, mis au point par le Commonwealth. *The Commonwealth code of practice for the international recruitment of health workers* (Code de conduite du Commonwealth relatif au recrutement international de personnel de santé) définit un ensemble de principes directeurs qui portent sur la transparence, l'équité et la réciprocité des avantages. Il aborde également des aspects tels que la compensation, l'indemnisation et la restitution ; les procédures de sélection ; l'homologation ; et la planification des effectifs. Ce Code « propose des principes directeurs relatifs au recrutement international de personnel de santé en prenant en compte les conséquences possibles de ce recrutement sur les services du pays d'origine ... vise à décourager le recrutement de personnel de santé dans les pays connaissant eux-mêmes une pénurie en la matière ... [et] entend préserver les droits des personnes embauchées » (21).

Des orientations pour aller de l'avant

De l'information à l'action

56. Afin de passer de l'expérience quotidienne à une action contrôlée et fondée sur des bases factuelles, les décideurs des États membres aux niveaux local, national et international doivent d'abord disposer d'informations fiables sur la situation au regard des ressources humaines pour la santé, y compris des migrations. Le premier obstacle à surmonter tient au fait que les bases de données relatives à ces ressources sont incomplètes, qu'elles ne permettent pas d'effectuer des comparaisons et que la documentation fondée sur des bases factuelles disponible est très limitée et insuffisante ; il est alors extrêmement difficile de tirer des enseignements, de prendre des décisions en connaissance de cause et d'élaborer de nouvelles politiques plus efficaces. Lorsque les efforts accomplis au niveau national auront porté leurs fruits, il sera possible de dresser un tableau plus général des ressources humaines pour la santé à une plus grande échelle. Les organisations internationales ont donc un rôle important à jouer dans ce processus, en contribuant à l'harmonisation des formats de données et en venant en aide aux pays où les ressources économiques sont peu abondantes et les travailleurs moins qualifiés. Si elles ne le font pas, la fracture numérique et sanitaire entre les pays riches et pauvres de la Région pourrait s'aggraver. Les lignes d'action recommandées sont les suivantes :

- Les stratégies visant à améliorer l'efficacité des professionnels de santé doivent d'abord être axées sur le personnel existant, compte tenu de la durée nécessaire à la formation des nouveaux agents de santé.
- Des bases de données solides et fiables sur les ressources humaines pour la santé doivent être constituées dans chaque pays afin de permettre une analyse et une planification correcte des effectifs. Si des pays ne disposent pas de suffisamment de personnel technique et/ou de moyens financiers pour mener à bien ces initiatives, les États membres, les organisations internationales et les pays donateurs doivent tout mettre en œuvre pour les aider.
- Les spécialistes des systèmes d'information dans les États membres doivent collaborer avec les ministères de la Santé, les offices statistiques et les comités de coordination internationaux aux fins de l'harmonisation des données. D'importantes précautions doivent être prises afin que les spécificités de chaque pays soient correctement intégrées dans des systèmes d'information communs.
- Les bases de données doivent être conçues de telle sorte qu'elles facilitent la comparaison des données et l'intégration des informations au niveau international, ce qui permettra de constituer un recueil d'informations à partir des expériences de l'ensemble des pays en matière de ressources humaines pour la santé.
- L'une des façons de présenter les informations sur les ressources humaines pour la santé consiste à créer des profils de pays sur ce sujet. Ces profils pourront être utilisés pour décrire de façon méthodique la situation, les politiques et la gestion relatives au personnel de santé. Ils faciliteront également l'échange et la comparaison d'informations entre plusieurs pays.
- Les organismes internationaux devraient encourager la recherche sur les principaux aspects du lien entre les ressources humaines pour la santé et la situation sanitaire. Les États membres devraient être encouragés à participer à ce travail (et bénéficier d'une aide, s'ils disposent de ressources insuffisantes).

Amélioration de la formation comme moyen d'améliorer la performance

57. La production de ressources humaines pour la santé a un lien assez éloigné et donc relativement peu important avec les résultats obtenus par les systèmes de santé. Cela explique peut-être le fait que malgré les progrès techniques et cliniques, la formation du personnel de santé est profondément imprégnée d'idées dépassées. Plusieurs recommandations sont présentées ci-après :

- La formation des professionnels de santé doit devenir l'une des composantes fondamentales de la réforme des systèmes de santé et une activité étroitement reliée aux autres fonctions de ces systèmes.

Il convient de faire remonter l'information de façon plus dynamique et plus directe entre les établissements qui assurent la prestation de services et les instituts de formation, en proposant des formations universitaires et postuniversitaires ainsi que des cours de perfectionnement.

- Un énorme effort d'amélioration de la formation doit être accompli : il faut d'abord réserver la production des nouveaux agents de santé aux établissements qui remplissent les conditions requises, puis évaluer la qualité des programmes de formation, et enfin harmoniser les structures de sorte que deux diplômes équivalents impliquent l'acquisition de compétences et de connaissances similaires. Là encore, les questions financières et la coordination demanderont d'importants efforts à l'échelle internationale.
- Une attention toute particulière doit être accordée à la formation des gestionnaires et des autres personnes travaillant au sein du système sanitaire, par exemple les économistes de la santé. Il est nécessaire d'intégrer des éléments de gestion aux études des personnels de santé et d'encourager la formation dans le domaine de la gestion sanitaire.
- Nous avons besoin d'un personnel sanitaire dynamique et compétent, qui soit capable de s'adapter à un environnement en constante évolution grâce à un apprentissage permanent et qui ait envie de faire face et de répondre aux nouvelles attentes de la société.

Gestion du personnel sanitaire et prise en compte des agents de santé en tant qu'acteurs à part entière du système

58. Les systèmes de santé sont axés sur les services et se caractérisent par des contacts étroits avec leurs usagers ; ils doivent donc être dotés de ressources humaines non seulement bien préparées, mais aussi très motivées. Un bon dosage des compétences et une utilisation efficace des compétences professionnelles sont extrêmement importants. Le dynamisme et la participation exigent une longue collaboration entre les établissements de santé et leur personnel. Voici quelques recommandations allant dans ce sens :

- Des efforts doivent être accomplis au niveau national pour renforcer les capacités en matière de gestion des ressources humaines. Des mesures doivent être prises pour que le personnel de santé et sa gestion fassent l'objet d'une attention suffisante et que les autorités concernées collaborent dans ce domaine.
- Des systèmes d'information de gestion solides peuvent aider le personnel de santé à s'acquitter de ses tâches tout en servant de point de départ à la mesure des performances, à la réalisation d'audits de poste et à la redéfinition des mesures d'encouragement. Il est nécessaire de favoriser la recherche sur la motivation du personnel de santé et sur les mesures d'encouragement efficaces, qui vont au-delà de la simple prime.

Réglementation du cadre relatif aux ressources humaines pour la santé et mise en œuvre des stratégies adoptées

59. L'évolution des besoins sanitaires, les nouvelles attentes de la population et la complexité induite par la mondialisation exigent la définition de règles claires en matière de ressources humaines. Ces règles doivent être élaborées au niveau national par les pouvoirs publics et par les professions concernées. De la même façon, les impératifs des marchés du travail modernes doivent être pris en compte : les réglementations uniquement fondées sur le commandement atteignent rarement leurs objectifs dans des environnements aussi ouverts que les systèmes de santé modernes. En Europe orientale et dans les républiques d'Asie centrale en particulier, où ces règles sont actuellement mises en place, une harmonisation avec les bonnes pratiques internationales est fortement recommandée, même s'il faut admettre que les « modèles internationaux de référence » ne sont pas toujours en phase avec les besoins et les ressources des différents pays. Quelques lignes d'action peuvent ainsi être recommandées :

- Il est nécessaire de mettre en place au niveau national des cadres réglementaires modernes concernant les ressources humaines pour la santé, qui englobent un large éventail de questions liées à la production, à l'utilisation, à la motivation et à la gestion des effectifs sanitaires. Le « HRH

Action Framework » (22) mis au point par l'Alliance mondiale pour les personnels de santé est en cela une référence utile.

- Toutes les parties prenantes devraient participer à l'élaboration de dispositions réglementaires en matière de ressources humaines pour la santé dans les pays. Une collaboration énergique est indispensable entre les différents niveaux de gouvernement, les différents corps de métier, les organisations non gouvernementales et le secteur privé.
- Un bon équilibre doit être trouvé entre la décentralisation et la centralisation. La décentralisation permet à l'autorité chargée de la réglementation d'être plus proche des ressources humaines et de la population, mais elle ne doit pas faire oublier un point de vue plus large. La perte de coordination et l'atomisation extrême de l'information, de même que la création de cadres trop restrictifs, sont à éviter.
- Dans le contexte de la mondialisation, la réglementation relative aux ressources humaines pour la santé doit prendre en compte la coordination internationale pour pouvoir faire face aux défis sanitaires futurs. Il faut donc encourager la collaboration entre les pays et les organisations internationales, et ces organisations doivent assumer un rôle dirigeant important, en travaillant en étroite coopération avec les pays tout en les aidant à trouver leurs propres solutions.

Références

1. *Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/fr/>, consulté le 15 juin 2007).
2. *Déclaration de consensus de l'UE sur la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé*. Luxembourg, Conseil de l'Union européenne, 2006 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/06/st08/st08359.fr06.pdf> (Annexe II), consulté le 25 juin 2007).
3. *Programme européen d'action visant à faire face à la pénurie grave de professionnels de santé dans les pays en développement (2007-2013)*. Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 2006 (COM(2006) 870 final) (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/com/2006/com2006_0870fr01.pdf, consulté le 25 juin 2007).
4. Ministères des Affaires étrangères *et al.* Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*. 2007, 369 (9570):1373-1378 (<http://multimedia.thelancet.com/pdf/oslo.pdf>, consulté le 20 juin 2007).
5. *Human resources for health in the WHO European Region*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf>, consulté le 25 juin 2007).
6. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, consulté le 14 juin 2007).
7. Mooney H, Donnelly L. Workforce plan predicts 'bitter opposition' and 'volatility'. *Health Service Journal*, 2007, 4 January:4-9.
8. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2005 (OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA) (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/10/34571365.pdf>, consulté le 22 juin 2007).
9. Askildsen JE, Holmås TH. Wage policy in the health care sector: a panel data analysis of nurses' labour supply. *Health Economics*, 2003, 12(9):705-719.
10. Irwin J. Migration Patterns of Nurses in the EU. *Eurohealth*, 2001, 7(4):13-15.
11. *World Population Prospects: the 2006 revision*. Département des Affaires économiques et sociales des Nations Unies, New York, 2007 (<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>, consulté le 25 juin 2007).
12. *Population Ageing 2002*. Département des Affaires économiques et sociales des Nations Unies, New York, 2002 (<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf>, consulté le 20 juin 2007).
13. *Communication de la Commission. Livre vert « Face aux changements démographiques, une nouvelle solidarité entre générations »*. Bruxelles, Commission européenne, 2005 (COM(2005) 94 final) (http://ec.europa.eu/employment_social/news/2005/mar/comm2005-94_fr.pdf, consulté le 20 juin 2007).
14. *Les migrations dans un monde interconnecté : nouvelles perspectives d'action*. Genève, Commission mondiale sur les migrations internationales, 2005 (<http://www.gcim.org/mm/File/French.pdf>, consulté le 21 juin 2007).
15. Buchan J., Parkin T, Sochalski J. *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.3.pdf, consulté le 21 juin 2007).
16. Mejía A, Pizurski H, Royston E. *Physician and nurse migration: Analysis and policy implications*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1979.

17. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353(17):1810-1818 (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/353/17/1810>, consulté le 21 juin 2007).
18. Dubois CA, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series) (<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>, consulté le 26 juin 2007).
19. Dumont JC, Zurn P. Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés. In: *Perspectives des migrations internationales 2007*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2007.
20. Buchan J, Perfilieva G. *Health worker migration in the European Region: Country case studies and policy implications*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>, consulté le 21 juin 2007).
21. *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. London, Commonwealth Secretariat, 2003 (http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/%7B7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A%7D_CommonwealthCodeofPractice.pdf, consulté le 21 juin 2007).
22. HRH Action Framework [site Web]. Chapel Hill, NC, Global Health Workforce Alliance, 2007 (<http://www.capacityproject.org/framework/index.php>, consulté le 26 juin 2007).