



EUROPE

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

**Copenhague, 14-17 septembre 2009**

Point 7 c) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC59/9  
+EUR/RC59/Conf.Doc./3  
24 juillet 2009  
90431  
ORIGINAL : ANGLAIS

**Politiques relatives au personnel de santé  
dans la Région européenne de l'OMS**

Comme l'accès équitable au personnel sanitaire constitue un déterminant primordial de la performance des systèmes de santé, il est par conséquent essentiel au plein respect du droit à la santé. Lors de sa cinquante-septième session de septembre 2007, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution EUR/RC57/R1 sur les politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne mettant en lumière le consensus actuel concernant la crise des ressources humaines pour la santé, la responsabilité des États membres qui doivent élaborer leurs propres plans et stratégies nationaux en matière de personnel de santé, et le besoin de déployer des efforts collectifs afin de résoudre le problème de la migration internationale du personnel de santé. Cette résolution accorde une priorité élevée au processus d'élaboration d'options stratégiques pour la gestion de la migration, et prie le directeur régional de faciliter la mise en place d'un cadre pour le recrutement international éthique de personnels de santé.

Conformément au mandat octroyé par le Comité régional et aux valeurs et principes énoncés dans la Charte de Tallinn, et parallèlement aux efforts mis en œuvre au niveau mondial, sous l'égide de l'OMS et à la lumière des résolutions WHA57.19 et WHA58.17 dans lesquelles il est demandé au directeur général de jouer un rôle de chef de file dans l'élaboration et l'application d'un code de pratique mondial pour le recrutement international éthique des personnels de santé, le Bureau régional a amélioré ses bases factuelles sur les tendances migratoires des professionnels de santé en direction et au sein de la Région européenne, intensifié ses activités de sensibilisation au recrutement international éthique et poursuit ses efforts d'établissement et de renforcement de réseaux et de partenariats pour des ressources humaines durables dans le secteur de la santé. Le présent document, ainsi que le document de référence EUR/RC59/BD/1, *Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé*, résume les progrès réalisés depuis 2007 aux niveaux mondial et régional en vue de rédiger un code de pratique pour le recrutement éthique et équitable de professionnels de santé et leur migration, aborde les avantages et les inconvénients des principales options stratégiques et met en exergue les activités qui se poursuivront durant la période biennale 2010-2011.

Les débats engagés par le Comité régional sur les politiques relatives au personnel de santé doivent se concentrer en général sur le renforcement des capacités nationales pour le développement durable des ressources humaines dans ce secteur, et en particulier sur le rôle et les responsabilités des États membres et du Bureau régional en matière de recrutement international éthique des personnels de santé.

Un projet de résolution énonçant les principales orientations à ce sujet est présenté au Comité régional pour examen.



## Sommaire

*page*

Généralités.....	1
Élaboration d'un code de pratique mondial : progrès accomplis à ce jour .....	3
Programme à réaliser : questions en suspens et prochaines étapes .....	6
Spécificité européenne .....	8
Les conséquences de la crise financière sur les marchés du travail.....	10
L'avenir .....	12
Bibliographie.....	14



## Généralités

1. De la disponibilité, des qualifications, des connaissances et de la motivation du personnel de santé dépend la capacité de tout système de santé d'afficher une bonne performance dans ses efforts visant à relever les nouveaux défis sanitaires posés par le vieillissement de la population, à adopter des technologies innovatrices, à faire face aux maladies transmissibles, qu'elles soient nouvelles ou (ré)émergentes, et à la morbidité et à l'invalidité sans cesse croissantes imputables aux maladies non transmissibles, et à rester financièrement viable (1). Il importe donc de renforcer les ressources humaines pour que les systèmes de santé puissent atteindre l'objectif d'une répartition améliorée et équitable des résultats pour la santé.

2. Selon les conclusions d'une analyse réalisée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le financement requis par le secteur sanitaire doit encore augmenter de 6 % du produit national brut (PNB) d'ici à 2050 si les systèmes de santé ne peuvent s'adapter aux nouvelles réalités et améliorer leur performance (2). Cette augmentation plus élevée des dépenses en soins de santé ainsi prévues, par rapport à la croissance générale du développement socioéconomique, serait en partie imputable à l'évolution des besoins dans ce domaine, tels que les soins de longue durée en raison de la transition épidémiologique et démographique (3). Cependant, des facteurs relevant de l'offre, tels que la dépendance accrue à l'égard des nouvelles technologies et l'amélioration des conditions de travail, joueront également un rôle primordial selon la capacité des systèmes de santé à faire face efficacement à cette transition et à ses conséquences (1).

3. Il importe aussi de disposer de ressources humaines compétentes, productives et particulièrement performantes pour l'économie en général, et donc pour générer la prospérité. En Europe, elles concourent à environ 10 % de la population active totale. Dans l'Union européenne (UE), environ 70 % des budgets des soins de santé sont consentis aux dépenses liées au personnel et à l'emploi (4). Alors que les innovations technologiques dans le domaine des soins de santé sont susceptibles de modifier la nature de la prestation des services (5), le modèle commercial du secteur sanitaire continuera normalement à employer beaucoup de main-d'œuvre.

4. Il importe en particulier que les États élaborent des politiques garantissant la disponibilité d'agents de santé en nombre suffisant et disposant des qualifications adéquates, répartis harmonieusement par type, par niveau et par lieu de prestation des services, et exerçant dans des environnements qui les motivent pour s'acquitter correctement de leur tâche. En effet, il faut beaucoup plus de temps pour rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de personnels de santé (jusqu'à dix années pour certaines spécialités), que pour rétablir l'équilibre en matière de besoins en ressources financières ou physiques (6). Les stratégies habituelles de planification, de production, de déploiement et de gestion du personnel ne suffisent plus à satisfaire les besoins en ressources humaines (7) au vu de la dynamique des marchés nationaux et internationaux du travail dans le secteur sanitaire. Ceux-ci se caractérisent d'ailleurs par la présence de certains facteurs, tels que la cohabitation croissante public/privé, les investissements étrangers directs, le tourisme médical et la mobilité des patients, pour n'en citer que quelques-uns. Le schéma traditionnel selon lequel l'État recrute, forme et déploie directement l'ensemble du personnel de santé ne correspond plus à la réalité dans de nombreux pays où l'offre et la demande ne cessent d'évoluer.

5. Il faut procéder à une évaluation continue des besoins changeants de la population en matière de soins médicaux et des nouvelles normes de prestation de services, à une estimation des ressources humaines requises pour satisfaire à ces besoins et à ces normes, et à l'adoption de politiques qui permettront aux structures du personnel, au dosage des compétences, à la répartition géographique et à la productivité actuels d'atteindre les niveaux souhaités (8). Cela nécessite une compréhension de la dynamique évolutive de l'offre et de la demande de professionnels de santé, tant au niveau interne qu'aux niveaux régional et international, dans un

contexte de mondialisation continue caractérisée par une circulation plus libre des capitaux, des biens, des services et des ressources humaines. Les défis sont d'ailleurs nombreux.

6. En premier lieu, il s'agit de trouver le bon dosage en ce qui concerne la composition du personnel sanitaire, alors que les services de soins médicaux sont de plus en plus axés sur les patients et sont dispensés et coordonnés par toute une série de professionnels de santé. Bon nombre de ratios utilisés comme normes internationales à cette fin ne peuvent être appliqués de la même manière à l'ensemble des pays, étant donné les différences en termes de démographie, de morbidité et de modes d'organisation. Néanmoins, les pays caractérisés par un rapport personnel de santé/population peu élevé présentent souvent un rapport déséquilibré entre le nombre de médecins et d'infirmiers, une situation qui exacerbe davantage la faible performance et l'inefficacité dans la mesure où des professionnels de santé hautement qualifiés réalisent des tâches qui pourraient être facilement déléguées à du personnel auxiliaire en toute sécurité (9). L'équité d'accès peut s'avérer aussi problématique si des besoins ne peuvent être satisfaits de par l'absence de certaines catégories de compétences ou l'utilisation inadéquate des qualifications existantes.

7. Garantir une répartition géographique équitable du personnel de santé constitue le deuxième défi. Presque tous les pays, développés ou en développement, connaissent des difficultés quand il s'agit d'affecter le personnel de santé dans les régions reculées, rurales et pauvres. Plusieurs stratégies, allant de la contrainte aux mesures d'incitation, ont été expérimentées, parfois avec succès, mais selon le rapport rédigé à la suite d'une consultation récente d'experts de l'OMS, « les succès rencontrés dans un pays, une localité ou une collectivité ne vont pas nécessairement se répéter en un autre endroit ou à un autre moment » (10). En d'autres termes, on devra adopter des stratégies spécifiques, tenant compte de cet état de fait, afin de rétablir les équilibres géographiques (11).

8. Un troisième défi, et probablement le plus important, consiste à comprendre parfaitement la dynamique des effectifs nationaux de personnels de santé, c'est-à-dire tous les agents actifs sur le marché, avec ou sans emploi, qui varient selon les flux de personnel de santé intégrant ou quittant le marché du travail (12). La majorité des nouveaux venus sur le marché sont des diplômés d'établissements nationaux d'enseignement et de formation ; les autres sont des migrants venant de leur propre initiative ou recrutés à cette fin. Il peut aussi s'agir parfois de personnes ayant quitté le marché du travail à un certain moment pour le réintégrer plus tard. Il convient de mentionner également les professionnels de santé qui, pour des raisons familiales, médicales ou autres, ont décidé d'interrompre temporairement leurs activités, ceux qui, une fois à la retraite, continuent à exercer dans le cadre de contrats, ou ceux qui se sont expatriés et sont revenus au pays. En ce qui concerne les flux sortants, il s'agit de départs planifiés et prévisibles (comme la retraite) ou imprévisibles (à la suite d'une maladie ou d'un décès avant l'âge de la retraite). Les professionnels de santé peuvent aussi décider de se recycler dans un autre secteur ou de quitter le pays (émigration).

9. Il importe dès lors de rappeler que les flux migratoires ne sont qu'un aspect de la dynamique du marché du travail dans le domaine de la santé. Cela signifie que leur analyse doit tenir compte du contexte, et que les interventions mises en œuvre à cet égard doivent envisager l'ensemble de la dynamique de marché. Il faut également comprendre les raisons à la base de la décision de s'expatrier, comment cette décision est prise, et la nature de l'impact de la migration sur les migrants et les pays d'origine et de destination (12).

10. Pour relever ces défis, les responsables devront élaborer des politiques qui, pour être efficaces, nécessiteront la collecte de données exactes, et actualisées sur la quantité, la qualité, la répartition et le dosage des compétences des professionnels de santé, ainsi qu'une bonne compréhension des facteurs influençant leur mobilité et leur performance (13). Le manque de données fiables et actualisées sur les ressources humaines pour la santé dans la Région européenne de l'OMS (répartition en fonction de l'âge/du sexe, participation au marché du travail, heures de

travail, productivité, rémunération, affectation fonctionnelle et géographique et répartition par type et niveau de services, tant dans le secteur public que privé) est caractéristique de la majorité des pays et, par conséquent, empêche toute analyse et prédiction efficaces des besoins en ressources humaines pour la santé. 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 aux niveaux national et régional.

11. Comme l'accès équitable au personnel de santé constitue un déterminant primordial de la performance des systèmes de santé, il est par conséquent essentiel au plein respect du droit à la santé. Les flux migratoires de professionnels de santé des pays à bas revenu vers les pays à revenu élevé mettent en péril le droit à la santé dans cette première catégorie de pays, et posent un important défi stratégique pour leurs pouvoirs publics. Le droit à la santé constitue également un engagement international<sup>1</sup>. Les États doivent non seulement « respecter, protéger et mettre en œuvre » le droit à la santé au sein de leurs frontières, mais aussi « respecter l'exercice du droit à la santé dans les autres pays et empêcher tout tiers de violer ce droit dans d'autres pays »<sup>2</sup>. Ceci peut être interprété comme un engagement moral de « ne pas causer du tort » aux autres pays, et une responsabilité à cet égard. Cet argument revêt une importance particulière lors de l'analyse du problème complexe de la migration du personnel de santé, notamment parce qu'il faut établir un équilibre entre, d'une part, le respect et la protection des droits des migrants et, d'autre part, l'atténuation de l'impact sur le système de santé des pays en développement dont ils sont originaires (12).

12. La problématique de la migration du personnel de santé constitue une priorité pour l'OMS depuis 2004, lorsque l'Assemblée mondiale de la santé a d'abord noté avec préoccupation que les personnels de santé des pays en développement hautement qualifiés et compétents continuaient à émigrer à un rythme croissant dans certains pays, ce qui fragilisait le système de santé des pays dont ils étaient originaires ; dans la résolution WHA57.19, elle avait par conséquent demandé au directeur général, en consultation avec les États membres et tous les partenaires concernés, de jouer un rôle de chef de file dans l'élaboration et l'application d'un code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé (16).

## **Élaboration d'un code de pratique mondial : progrès accomplis à ce jour**

13. Suite à l'adoption de cette résolution, un rapport rédigé par le secrétariat, et examinant les progrès accomplis à cet égard, a été présenté à la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé de 2005. Celle-ci a ensuite adopté la résolution WHA58.17 dans laquelle étaient recensés d'autres domaines liés à la migration internationale des personnels de santé et auxquels davantage d'attention devait être accordée. La Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé a également demandé au directeur général d'intensifier ses efforts pour mettre pleinement en œuvre la résolution WHA57.19 et de faire rapport sur l'application de ladite résolution à la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé de 2006. Un rapport d'avancement rédigé par le secrétariat a donc été présenté à cette occasion. Il (17) résume les travaux accomplis depuis 2004 pour mettre en œuvre les recommandations émises dans la résolution WHA57.19, notamment l'élaboration d'un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé.

---

<sup>1</sup> Tel que stipulé à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (14).

<sup>2</sup> Voir Observation générale n° 14 quant à l'interprétation de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (15).

14. La résolution adoptée par le Comité régional en sa cinquante-septième session de septembre 2007 (18) priait instamment les États membres d'élaborer des stratégies et plans nationaux concernant le personnel de santé. Soulignant le consensus existant sur la crise en matière de ressources humaines pour la santé, le Comité régional a également accordé une priorité élevée au processus d'élaboration d'options stratégiques pour une meilleure gestion de la migration internationale. Dans la résolution, il était spécifiquement demandé au directeur régional de faciliter la définition de principes déontologiques pour l'élaboration d'un code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé, et de contribuer à ce processus.

15. En janvier 2008, le Conseil exécutif, en sa cent vingt-deuxième session, a pris acte du rapport du secrétariat (19) décrivant les efforts de rédaction d'un code et le processus de consultation à l'échelle mondiale. Le secrétariat a également proposé que les consultations avec les États membres pour l'élaboration d'un code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé commencent début 2008, et qu'un projet de code soit présenté au Conseil en sa cent vingt-quatrième session de janvier 2009. Ensuite, et sur la décision du Conseil, le projet de code pourrait être présenté à la Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé de mai 2009.

16. Afin d'aider l'OMS dans l'élaboration d'un code de pratique, l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé a été lancée. Cette initiative multipartite englobe : a) le Conseil consultatif sur la politique mondiale, sous l'égide de l'Alliance mondiale du personnel de santé et d'une organisation non gouvernementale (Realizing Rights: the Ethical Global Initiative) ; et b) un groupe de travail technique dirigé par l'OMS. En ce qui concerne le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, un groupe d'experts techniques régionaux sur la migration des personnels de santé a été établi un peu après l'adoption de la résolution, afin de produire des informations factuelles et d'émettre des conseils techniques pour le processus décisionnel. Le groupe d'experts techniques a procédé à un examen des codes existants et d'autres options stratégiques pour le recrutement international des personnels de santé impliquant les États membres européens et ce, pour évaluer les enseignements pouvant être tirés des divers instruments de politique pour contribuer à l'élaboration d'un code de pratique mondial.

17. En mars 2008, le groupe de travail technique a préparé un projet de code de pratique, présenté pour la première fois au premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (Kampala, Ouganda, mars 2008). La Déclaration de Kampala a également mis en exergue l'importance d'élaborer un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé. En effet, tout en reconnaissant la réalité des migrations des personnels de santé et leurs impacts positifs et négatifs, la Déclaration de Kampala et le Programme pour une action mondiale (20) ont demandé aux pays d'orienter le marché du travail grâce à des mécanismes appropriés afin de fidéliser les personnels de santé et prié l'OMS d'accélérer les négociations relatives au code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé. Pendant la tenue du Forum, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a établi un dialogue entre les pays d'origine et de destination, et organisé une table ronde pour analyser les dernières théories et bases factuelles sur les politiques relatives à la migration des personnels de santé. Le rapport des débats (21) a été publié et distribué aux États membres et partenaires pour un examen et des consultations plus détaillés.

18. Ensuite, un « dialogue virtuel mondial de trois semaines sur la migration des travailleurs de la santé » a été engagé en mars 2008. Plus de 600 personnes et organisations de 70 pays y ont participé. Ce dialogue a permis de présenter le projet de code de pratique, et de bénéficier d'un retour d'informations de la part d'un grand nombre de parties intéressées, dont des professionnels de santé, des responsables politiques, des syndicalistes et des organismes internationaux. Encore une fois, et parallèlement avec ces manifestations mondiales, le Bureau régional a engagé, en mars 2008, un dialogue multipartite (auquel il a d'ailleurs contribué) sur la migration des professionnels

de santé et l'élaboration d'un code de pratique mondial avec des représentants de missions diplomatiques, de la société civile et d'organismes internationaux. Celui-ci s'est tenu à Bruxelles en collaboration avec l'European Policy Centre (EPC) dans le cadre de la Coalition for Health, Ethics and Society.

19. La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », tenue à Tallinn en juin 2008, a constitué un événement majeur dans la formulation d'une nouvelle vision des liens existant entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité. La Charte de Tallinn (22), adoptée à la Conférence et ensuite par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en sa session de septembre 2008 tenue à Tbilissi (23), émet des conseils et fournit un cadre stratégique pour le renforcement des systèmes de santé de la Région. Elle vise à renforcer l'opinion suivant laquelle les dépenses consenties aux systèmes de santé, si elles sont appropriées et montrent un rapport coût-efficacité favorable, constituent un bon investissement et peuvent profiter à la santé, à la prospérité et au bien-être des populations.

20. La Charte de Tallinn a pour fondement l'engagement des États membres envers le droit fondamental et universel de l'homme à la santé, tel qu'il est exprimé dans la Constitution de l'OMS et dans son onzième programme général de travail. Selon le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et, d'une manière spécifique, l'observation générale sur son article 12 (15), les États ont une obligation primordiale de garantir le respect du droit aux soins de santé primaires essentiels, dont le devoir d'assurer l'accès aux services de santé, à une alimentation essentielle minimale, à un abri de base et aux médicaments fondamentaux, ainsi que de garantir la répartition équitable de tous les services de santé et l'adoption et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de santé publique.

21. La Charte de Tallinn reconnaît que l'investissement dans le personnel de santé revêt une importance capitale, étant donné qu'il a des implications pour d'autres pays dans le contexte de la mondialisation du marché du travail dans le secteur de la santé ; elle stipule ensuite que « le recrutement international de travailleurs de la santé devrait obéir à des considérations éthiques et à la solidarité internationale, et être garanti par un code de bonnes pratiques ». Trois synthèses sur les politiques relatives au personnel de santé, dont une sur la migration (12), ont été préparées comme matériel de référence dans le cadre des débats menés lors de la Conférence de Tallinn, notamment lors d'une séance satellite spécifique consacrée aux problématiques du maintien en poste des professionnels de santé, du recrutement international et de l'élaboration d'un code de pratique mondial.

22. En août 2008, le secrétariat a finalisé une première version du code de pratique de l'OMS et, entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 3 octobre 2008, organisé une audition publique mondiale en ligne sur ce premier projet (24). Une large gamme de parties prenantes, dont des États membres, des institutions nationales, des associations de professionnels de santé, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, des instituts universitaires et des individus ont émis des observations à ce sujet. Le Bureau régional a coordonné et présenté une synthèse des commentaires sur le projet de code lors de l'audition publique en ligne, basée non seulement sur sa participation aux activités de l'Initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé, du Conseil consultatif sur la politique mondiale et du groupe de travail technique et à l'organisation de leurs multiples réunions, mais aussi sur sa consultation élargie avec les États membres.

23. En janvier 2009, un rapport d'avancement, un projet de résolution et le projet révisé de code de pratique (25) ont été présentés à la cent vingt-quatrième session du Conseil exécutif. Celui-ci a pris acte du rapport et déclaré qu'il fallait engager davantage de consultations avec les États membres sur le projet de code. Le Conseil exécutif a également proposé que ce thème soit inscrit à l'ordre du jour des sessions des six comités régionaux de l'OMS en 2009.

24. En avril 2009, une consultation de haut niveau sur « la santé en temps de crise économique mondiale », organisée conjointement par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et le gouvernement norvégien, a émis un ensemble de recommandations. L'une d'entre elles portait sur le renforcement de la formation des professionnels de santé et le recrutement éthique, même en temps de crise économique, afin d'investir dans la formation des professionnels de santé et des travailleurs locaux du secteur de la santé pour l'avenir, et de soutenir l'élaboration d'un code pour le recrutement éthique intersectoriel et international (26).

25. L'élaboration d'un code de pratique mondial, et l'importance de ce processus, ont été abordées lors d'autres forums, dont le Groupe des huit pays industrialisés (G8) qui, lors de son sommet tenu à Toyako (Hokkaido), au Japon, a formulé une déclaration (27) encourageant l'OMS à finaliser ce code volontaire.

26. La réunion du G8 organisée à L'Aquila (Italie) en juillet 2009 a procédé au suivi des recommandations émises au Japon l'année précédente en mentionnant, dans un rapport de référence, les arguments suivants comme les domaines potentiels d'intervention : « aider les pays qui en ont le plus besoin à élaborer et à adopter des plans nationaux pour le développement, la conservation et l'utilisation des ressources humaines, y compris le personnel de niveau moyen et local, en vue de respecter le seuil de l'OMS de 2,3 professionnels de santé pour 1 000 habitants, et conformément à la Déclaration de Kampala de 2008 et au Programme pour une action mondiale lancé par l'Alliance mondiale du personnel de santé ; encourager les pays du G8 à faire face aux facteurs de départ et d'attraction liés à la migration internationale des personnels de santé ; et *encourager le processus en cours à l'OMS pour finaliser le code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé* » (28).

27. En outre, et ce qui est plus important, la Déclaration des dirigeants du G8 du 8 juillet 2009 et intitulée *Responsible leadership for a sustainable future* (Des dirigeants responsables pour un avenir durable) mentionne « qu'afin de réaliser l'objectif de l'accès universel aux services de santé, notamment les soins de santé primaires, il importe de renforcer les systèmes de santé par l'amélioration des ressources humaines (professionnels de santé et travailleurs locaux en soins de santé), des systèmes d'information et de financement de la santé, y compris la protection sociale de la santé, en accordant une attention particulière aux plus vulnérables. Nous réaffirmons notre engagement à résoudre le problème de la pénurie du personnel de santé dans les pays en développement, notamment l'Afrique, et nous prenons acte de la Déclaration de Kampala de 2008 et du Programme pour une action mondiale lancé par l'Alliance mondiale du personnel de santé » (29).

## **Programme à réaliser : questions en suspens et prochaines étapes**

28. À la lumière de la mondialisation constante, et notamment en ces temps de crise financière et de ralentissement économique, il est particulièrement nécessaire et urgent de mener une consultation élargie et d'aboutir à un consensus général concernant l'élaboration d'un code de pratique pour le recrutement de personnels de santé, sous l'égide de l'OMS. En effet, les pays éprouvent des difficultés à réaliser leurs objectifs à long terme de renforcement de leur système de santé, dans un contexte où la priorité doit être de nouveau accordée aux soins de santé primaires et à la réduction des inégalités en agissant sur les déterminants sociaux et économiques de la santé.

29. Quelles sont les questions fondamentales exigeant davantage de consultation et de consensus, alors que le code, selon une décision prise depuis longtemps, et tel que ratifié dans une résolution officielle par l'Assemblée mondiale de la santé, sera un instrument juridiquement non contraignant recommandant certaines normes volontaires de comportement à adopter par les États membres ainsi que d'autres organismes et parties prenantes ? Tout d'abord, malgré sa nature non contraignante, un code appliqué au niveau international inspirera probablement l'élaboration de

lois, de politiques et de réglementations à l'échelon national, et constituera un cadre pour tout code bilatéral, multilatéral ou régional entre les pays et leurs institutions (par exemple, les recruteurs, les employeurs), faisant ainsi office de forte référence morale et éthique. Néanmoins, beaucoup de pays peuvent avoir du mal à respecter les recommandations ou principes directeurs, soit parce qu'il s'agit d'États fédéraux ou hautement décentralisés et que l'application des différentes composantes du code ne relève pas de leurs compétences, ou simplement parce que certains pays peuvent éprouver une certaine réticence à cet égard, dans la mesure où l'expatriation des personnels de santé constitue non seulement une importante source de devises étrangères (par le transfert de fonds dans leur pays d'origine), mais aussi un moyen de gérer le surplus national en matière d'effectifs sanitaires. Le manque d'enthousiasme et, par conséquent, le non-respect probable du code dans les pays de destination peuvent être aussi motivés par l'obligation de recruter. On peut en outre observer une certaine résistance de la part des associations professionnelles qui ne veulent pas voir les effectifs de personnels de santé augmenter à un point tel que leur force de négociation avec les organismes de financement en soit diminuée. Par conséquent, il importe d'établir un juste équilibre entre : a) les droits individuels du personnel sanitaire et ceux des personnes qui doivent jouir des meilleurs soins possibles prodigués par des professionnels de santé, sachant qu'elles ont contribué à leur formation par leurs impôts et par d'autres moyens ; b) les pays d'origine et de destination, dans la manière dont ils gèrent leurs politiques relatives aux ressources humaines conformément à leurs objectifs à long terme de renforcement de leur système de santé ; et c) les conventions et traités internationaux et nationaux, ainsi que les autres accords régissant le flux migratoire de la main-d'œuvre et la protection des droits des travailleurs dans les pays de destination.

30. Ensuite, un code de pratique non contraignant doit aussi établir un équilibre entre l'idéal et l'optimal, ou le faisable. Par exemple, alors que peu d'États membres et de parties prenantes s'opposeraient au principe de réciprocité des avantages entre pays d'origine et pays de destination, sa mise en œuvre efficace risque d'être difficile, voire impossible, à moins que les notions de réciprocité et d'avantages ne soient clairement définies et négociées, et ne fassent l'objet d'un consensus (30). À toutes choses égales, les contributions volontaires ou l'aide accrue au développement en faveur des pays d'origine et/ou les jumelages entre leurs établissements de formation feront plus facilement l'objet d'un accord et d'une mise en application qu'une compensation financière obligatoire ou « universelle » (31).

31. Une troisième question, et peut-être plus importante, est le besoin de garantir la durabilité du personnel de santé, notamment dans les pays d'origine où les pénuries et/ou la répartition des effectifs sont particulièrement problématiques (ce qui complique davantage l'adoption d'une position déontologique au niveau international quant au recrutement à partir de ces pays), et de faire preuve de solidarité par un engagement au niveau mondial à les aider à conserver et à déployer leur personnel de santé. Après tout, la migration du personnel sanitaire des pays d'Afrique vers les pays de l'OCDE constitue environ 12 % des effectifs totaux nécessaires à ces premiers pour réaliser leurs objectifs du Millénaire pour le développement. Il importe dès lors d'accorder la priorité à la production, la conservation et la gestion générale des ressources humaines (2). En outre, dans les pays de destination, les parties prenantes, notamment les associations professionnelles, sont de plus en plus conscientes du grave problème des pénuries de professionnels de santé induites par les flux migratoires, ce qui constitue probablement un bon moyen de sensibilisation.

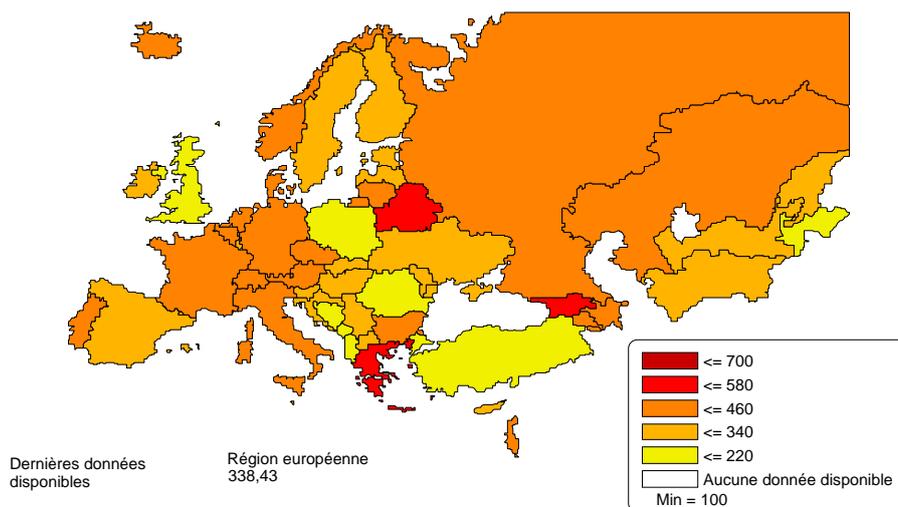
32. Enfin, et surtout, le suivi et l'évaluation de l'application du code ainsi que la collecte et l'échange de données et d'informations à cette fin, une autre question sensible, sont des tâches qui doivent être menées à la satisfaction de l'ensemble des parties concernées si l'on veut assurer la durabilité du personnel de santé dans tous les États membres.

## Spécificité européenne

33. Les questions soulevées ci-dessus sont tout aussi applicables à la Région européenne de l'OMS. Cependant, la Région possède ses propres caractéristiques importantes comme, et non des moindres, le vieillissement rapide de la population qui exige davantage de soins de longue durée, et des professionnels de santé. Combiné aux restrictions plus sévères en ce qui concerne le nombre total des heures de travail et le repos compensatoire (notamment dans l'UE), elles rendent encore plus critique le problème des pénuries actuelles et à venir de personnel de santé. Entre 1995 et 2000 uniquement, le nombre de médecins de l'UE âgés de 45 ans ou plus s'est accru de plus de 50 %. Pareillement, dans beaucoup d'États membres de l'UE, la moitié du personnel infirmier avait plus de 45 ans (4).

34. En outre, il existe d'énormes différences de part et d'autre du continent européen en matière de disponibilité (figure 1) et de répartition (tableau 1) du personnel de santé, notamment les médecins et les infirmiers. La migration intrarégionale est donc un problème tout aussi important et pertinent dans la Région européenne : bien qu'un grand nombre d'États membres aient été traditionnellement des terres d'accueil pour les professionnels de santé de pays en développement, notamment en Afrique, ils ont également perdu, dans une moindre mesure, certains de leurs médecins et de leurs infirmiers qui ont émigré en Amérique du Nord et dans d'autres régions du monde. Plusieurs pays, comme l'Irlande et le Royaume-Uni, étaient jusqu'à récemment d'importants importateurs de personnels sanitaires, principalement en provenance de pays africains et asiatiques à faible revenu, mais aussi des Antilles dans le cas de l'Angleterre, ainsi que d'autres pays européens, notamment ceux de l'UE (figure 2 et tableau 2). Ces pays ont également exporté du personnel de santé, à plus petite échelle : de l'Irlande vers l'Angleterre, de l'Angleterre vers les États-Unis. D'autres pays comme l'Espagne, l'Italie et le Portugal ont accueilli des professionnels de santé d'autres pays européens (l'Espagne du Portugal, l'Italie de la Roumanie, le Portugal de l'Espagne) et d'autres régions du monde, notamment l'Amérique latine.

Figure 1. Répartition des médecins dans la Région européenne de l'OMS  
(pour 100 000 habitants)



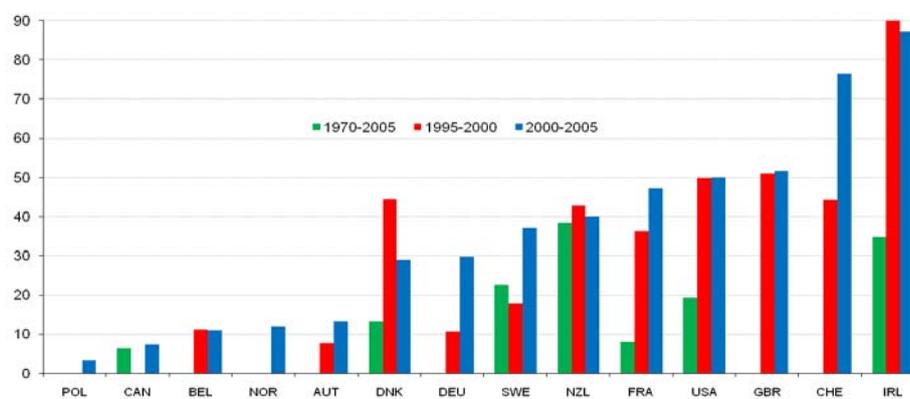
Source : base de données de la Santé pour tous de l'OMS (32).

Tableau 1. Diversité dans la Région européenne de l'OMS : professionnels de santé (pour 100 000 habitants)

	Médecins	Généralistes	Infirmiers	Pharmaciens
Région européenne	339,71	68,05	727,45	52,28
UE	322,38	96,71	745,64	71,43
CEI	376,78	28,78	794,73	20,55
Le plus bas	115,02 (Albanie)	17,56 (Azerbaïdjan)	310,80 (Turquie)	3,35 (Ouzbékistan)
Le plus élevé	534,59 (Grèce)	177,30 (Belgique)	1 549,78 (Irlande)	154,00 (Finlande)

Source : base de données de la Santé pour tous de l'OMS (32).

Figure 2. Contribution des médecins formés à l'étranger à l'augmentation nette du nombre de praticiens dans plusieurs pays de l'OCDE, pourcentage 1970-2005



Source : Éco-santé OCDE 2007 (33) et Perspectives des migrations internationales 2007 de l'OCDE (34).

Tableau 2. Dépendance accrue vis-à-vis des médecins et infirmiers étrangers et formés à l'étranger en Europe et ailleurs

		Médecins				Infirmiers					
		2000		2005		2000		2005			
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%		
Formés à l'étranger	Angleterre	25 360	27,3	38 727	32,7	Formés à l'étranger	Danemark	4 618	6,0	5 109	6,2
	Autriche	461	1,8	964	3,3		Finlande	122	0,2	274	0,3
	Danemark	1 695	7,7	2 769	11,0		Suède (1)	2 517	2,5	2 878	2,7
	Finlande	687	3,6	1 816	7,2		Canada	14 910	6,4	19 230	7,6
	France (1)	7 644	3,9	12 124	5,8		Nouvelle-Zélande (1)	6 317	19,3	9 334	24,3
	Irlande	1 198	10,3	3 990	27,2	Étrangers	Allemagne	27 427	4,2	25 462	3,8
	Suède (1)	3 633	4,3	5 061	4,9		Belgique	1 009	0,7	1 448	1,0
	Suisse	2 982	11,8	5 302	18,8		Turquie	25	-	45	-
	Canada	13 342	23,1	13 715	22,3						
	États-Unis (1)	207 678	25,5	208 733	25,0						
	Japon	95	-	146	-						
	Nouvelle-Zélande	2 970	34,5	3 203	35,6						
	Étrangers	Allemagne	14 603	4,0	18 582	4,6					
		Belgique	1 341	3,1	1 633	3,4					
Norvège		2 327	15,1	2 833	31,5						
Slovaquie (1)		130	0,7	139	0,8						

Notes : « - » indique que les pourcentages sont inférieurs à 0,1 %.

(1) 2004 au lieu de 2005.

Source : Perspectives des migrations internationales 2007 de l'OCDE (34).

35. À cet égard, la Région européenne de l'OMS présente une autre caractéristique : des codes et des recommandations pour un recrutement international éthique existent déjà dans certains pays comme le Royaume-Uni et l'Irlande, ou ont été adoptés par des associations régionales (par exemple, l'Association européenne des employeurs du secteur hospitalier et de la santé (HOSPEEM)). Alors que les planificateurs et les recruteurs doivent y tenir compte lors de la projection des besoins en personnel de santé ou lors du recrutement à l'étranger, l'efficacité de ces instruments n'a pas encore été évaluée, notamment à cause de l'absence d'un système permettant de suivre les flux migratoires, en particulier les travailleurs sanitaires moins qualifiés généralement employés pour les soins de longue durée (3). En effet, peu de pays disposent de données fiables et actualisées sur le nombre de professionnels de santé qu'ils perdent ou qu'ils recrutent, notamment lorsque la mobilité est temporaire, ou lorsque les professionnels de santé s'expatrient pour de très courtes périodes, comme durant les week-ends, pour effectuer un travail de remplacement. Ce type de mobilité est sans doute plus important dans l'UE où la liberté de circulation de la main-d'œuvre est garantie. Or, ce phénomène est difficile à mesurer, et ses effets ne sont pas bien connus. Les responsables doivent en connaître l'existence et essayer d'en évaluer l'ampleur et les conséquences pour le personnel de santé national.

36. En décembre 2008, la Commission européenne a publié un livre vert relatif au personnel de santé en Europe, et engagé un débat à ce sujet avec toutes les parties concernées (35). Ce livre vert vise à mettre davantage en évidence les difficultés auxquelles le personnel de santé de l'UE doit faire face, à donner une image plus claire de la mesure dans laquelle les responsables de la santé au niveau national sont confrontés à des défis identiques, et à fournir une meilleure base pour envisager quelles mesures pourraient être prises au niveau communautaire afin

d'apporter à ces problèmes une solution efficace et dépourvue d'effets négatifs sur les systèmes de santé des pays tiers. Outre les autres défis liés au personnel sanitaire, le livre vert explique les flux migratoires en direction et à partir de l'UE ; la mobilité inégale au sein de l'UE ; et, en particulier, les mouvements de certains professionnels de santé des pays plus pauvres vers les pays plus riches au sein de l'UE, ainsi que le départ de nombreux professionnels de santé des pays en développement.

### **Les conséquences de la crise financière sur les marchés du travail**

37. La crise financière actuelle exercera un impact sur le secteur de la santé en général, et sur le personnel sanitaire en particulier. Même si la totalité de ses effets n'ont pas encore été ressentis et attestés, il est probable que l'on recense une plus forte demande de certains services à un moment où les ressources financières nécessaires pour les garantir ne sont pas entièrement disponibles. Les pénuries de l'offre ou l'incapacité de payer ont provoqué aujourd'hui une diminution de la demande qui, d'ailleurs, risque d'augmenter à l'avenir dans le domaine des soins de santé, un phénomène susceptible d'être exacerbé par la réalisation d'arbitrages entre l'investissement dans la formation du personnel de santé pour l'avenir et l'utilisation des ressources financières limitées pour faire face aux contraintes budgétaires actuelles.

38. Dans beaucoup de pays d'Europe de l'Ouest, le secteur sanitaire a connu une expansion de l'emploi jusqu'à récemment, en 2008, l'année où la crise s'est déclarée. Par exemple, la région du Tyrol (Autriche) a observé une hausse de 10 % de l'emploi dans ce secteur. L'Allemagne a signalé une augmentation générale de 33 000 nouveaux emplois (+ 3,2 %), alors que le chômage des médecins, des dentistes et d'autres professionnels de santé progresse depuis novembre 2008 (36). En général, l'offre de personnel de santé devrait augmenter à court terme : les personnes inactives commencent à chercher un emploi et les personnes actives multiplient leurs heures de travail. À plus long terme, cependant, les restrictions en matière de ressources financières disponibles provoqueront une plus grande discordance entre l'offre et la demande. En outre, la maîtrise des dépenses et les pressions exercées à cet égard risquent d'accroître la charge de travail individuel et, par conséquent, le stress lié aux activités professionnelles. Bien qu'aucune statistique ne soit disponible à ce sujet, la crise provoquera probablement une modification des tendances de mobilité car les travailleurs (et leur famille) des pays les plus sévèrement touchés seront de plus en plus attirés vers les pays proposant de meilleures perspectives professionnelles, ou quitteront les pays où ils se sont expatriés à cause de la dégradation du marché du travail.

39. Plusieurs mesures sont prises en ce qui concerne les niveaux de rémunération du personnel de santé. La Bulgarie et la Hongrie ont décrété un gel des salaires dans les hôpitaux publics. La Hongrie a supprimé le paiement annuel d'un treizième mois. L'Irlande et la Lituanie examinent également des réductions salariales. D'autre part, des pays comme la Finlande et la Grèce ont augmenté les niveaux de rémunération, et la Roumanie envisage une hausse de 7 % (37).

40. Moins de professionnels de santé partent à la retraite prématurément et les hôpitaux veillent à pourvoir un plus grand nombre de leurs postes essentiels. Les infirmiers plus âgés semblent retarder l'âge de la retraite, et ceux employés à mi-temps rajoutent des heures de service. Les hôpitaux ajournent les travaux d'agrandissement. Certains responsables hospitaliers ont déclaré que davantage de patients reportaient les interventions chirurgicales non urgentes, ce qui se traduisait par une diminution du nombre d'heures requises pour les soins infirmiers. Le report du départ à la retraite pouvait être une réponse au souhait exprimé par les employeurs de voir leurs travailleurs plus âgés rester en poste quelques années supplémentaires pour lutter contre les pénuries de main-d'œuvre. Néanmoins, ce comportement risque de changer rapidement si la situation économique s'améliore.

41. Une autre conséquence serait la perte du plein emploi chez les jeunes diplômés. Ceux-ci se rendent compte que les postes de débutants sont devenus moins accessibles dans la mesure où les

recrutements sont en baisse, une situation diamétralement opposée à ce que l'on a pu connaître jusqu'à une période récente où les hôpitaux embauchaient rapidement des jeunes diplômés pour résoudre leur problème de pénuries de personnel infirmier. Les hôpitaux reconnaissent que le marché de l'emploi a temporairement changé, et que la situation économique incite les responsables et les gestionnaires à procéder à un examen minutieux des coûts et des niveaux de personnel. Il n'existe aucun incitant au recrutement d'infirmiers inexpérimentés, en partie à cause du temps et des coûts exigés pour assurer leur formation.

42. Finalement, certains signes laissent indiquer que la crise financière, combinée à des mesures en vue d'accroître la production nationale et de « discipliner » le recrutement international, a pu provoquer un recul du flux migratoire de personnels de santé en direction de l'Irlande et du Royaume-Uni. L'établissement de preuves à l'appui de ces tendances pose cependant un important défi dans la mesure où, encore une fois, il nécessite la collecte de données et d'informations sur les tendances migratoires.

## L'avenir

43. Le document de référence intitulé *Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne*, et préparé pour la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (38) résume les principaux défis auxquels sont confrontés les États membres aujourd'hui, s'agissant de passer de l'information à l'action, d'améliorer la formation pour accroître la performance et de gérer le personnel de santé, et met en exergue l'importance de réglementer les ressources humaines pour la santé, y compris la coordination internationale. Ces défis sont toujours d'actualité aujourd'hui, et le sont peut-être davantage dans le contexte actuel de la crise économique. Il importe en effet que les États membres continuent à accorder la priorité à l'élaboration de politiques et de plans à long terme pour des ressources humaines durables. Ils doivent aussi se rendre compte de la difficulté de garantir l'autosuffisance dans ce domaine dans un contexte de mondialisation croissante, caractérisée par une circulation accrue des biens, des services et, bien entendu, de la main-d'œuvre. À cette fin, il faudrait établir et maintenir une base de données et utiliser un ensemble comparable d'indicateurs sur les ressources humaines et la migration.

44. Une consultation élargie est en cours au sein de la Région européenne et avec des organismes internationaux et régionaux. On a engagé un débat en toute sincérité autour du livre vert de l'UE et de la mise en œuvre du « Programme européen d'action 2007 visant à faire face à la pénurie grave de professionnels de santé dans les pays en développement ». La Région européenne de l'OMS, d'autre part, participe activement au processus d'élaboration du code de pratique en collaborant avec plusieurs entités politiques et groupes techniques tels que l'Initiative mondiale pour une politique en matière de migration des personnels de santé, à la collecte d'informations sur la migration en Europe et autres activités de sensibilisation, notamment avec les associations professionnelles. Cependant, il reste le défi de garantir que le code mondial sur la migration des personnels de santé, dans sa version finale, embrasse les valeurs européennes d'équité, de solidarité et de participation, ainsi que les principes de transparence, d'éthique, de justice et de réciprocité des avantages. En d'autres termes, il faut trouver le juste équilibre entre le droit du personnel de santé d'émigrer et les droits, les attentes et les obligations des États, des recruteurs et des employeurs, de sorte que les avantages acquis, à la fois pour les individus et les États, soient réciproques et équitables, que les conditions d'emploi empêchent toute forme d'exploitation, et qu'un accord soit conclu pour améliorer les politiques de conservation du personnel dans les pays d'origine, notamment ceux accusant de très importantes pénuries de professionnels de santé.

45. Les activités du Bureau régional en vue de produire des bases factuelles et, par conséquent, de fournir une aide technique et d'engager un dialogue relatif aux politiques sur les ressources

humaines pour la santé avec les États membres s'effectuent dans le cadre de ses accords de collaboration biennaux avec 15 États membres et leurs associations professionnelles<sup>3</sup>. Pareillement, des indicateurs dans ce domaine sont élaborés en partenariat avec l'Office statistique des Communautés européennes (Eurostat) et l'OCDE, et les efforts en vue de résoudre les déséquilibres géographiques en matière de déploiement du personnel de santé sont réalisés en collaboration avec le Siège de l'OMS. Le Bureau régional continuera à consulter tous les États membres concernant les problèmes transfrontaliers liés aux ressources humaines pour la santé, tels que la migration du personnel sanitaire. Il poursuivra ses efforts de sensibilisation et son rôle de coordinateur avec ses partenaires eu égard à l'élaboration et, ultérieurement, à l'adoption du code de pratique, et à l'harmonisation et à la normalisation des indicateurs concernant le personnel sanitaire afin de suivre les flux migratoires au sein, en direction et en provenance de la Région européenne.

---

<sup>3</sup> Tel que le symposium organisé par le Bureau régional sur le recrutement international éthique des personnels de santé pendant le Forum annuel de l'European Federation of Medical Associations (Bratislava, Slovaquie, avril 2009).

## Bibliographie<sup>4</sup>

1. *Le 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/index.html>).
2. *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE. Comment répondre à la crise imminente ?* Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2008 (<http://www.oecd.org/dataoecd/25/11/41511074.pdf>).
3. *Fujisawa R, Colombo F. The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (OECD Working Papers No 44; [http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000F0A/\\$FILE/JT03261422.PDF](http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000F0A/$FILE/JT03261422.PDF)).
4. Dubois C, McKee M, Nolte E. *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>).
5. Vaitheeswaran V. *Health care and technology: Medicine goes digital*. Special Report. *The Economist*, 16 April 2009 ([http://www.economist.com/specialreports/displaystory.cfm?story\\_id=13437990](http://www.economist.com/specialreports/displaystory.cfm?story_id=13437990)).
6. *Migration of health personnel in the WHO European Region (draft)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
7. Dussault G, Dubois C. *Human resources for health policies: a critical component in health policies*. Washington, DC, World Bank, 2004 (<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/DussaultDuboisHRHealthPolicies.pdf>).
8. Birch S et al. *Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework/Planification des ressources humaines et production de soins : cadre analytique basé sur les besoins en ressources humaines*. *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, 2007, 33(Suppl.):1–16.
9. Bourgeault IL et al. *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/8\\_hsc08\\_epb\\_11.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/8_hsc08_epb_11.pdf)).
10. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/hrh/migration/background\\_paper.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf)).
11. *Report of the first expert consultation on increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention, Geneva, 2–4 February 2009*. Geneva, World Health Organization (in press).
12. Buchan J. *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/7\\_hsc08\\_epb\\_10.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_epb_10.pdf)).
13. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH). *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. Ottawa, Santé Canada, 2007 (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2007-frame-cadre/index-fra.php>).
14. *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1966 ([http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/a\\_ceschr\\_fr.htm](http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/a_ceschr_fr.htm)).

---

<sup>4</sup> Tous les sites Web ont été consultés les 22 ou 23 juillet 2009.

15. *Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14 (2000).* Genève, Conseil économique et social des Nations Unies, 2000 ([http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.fr?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.fr?OpenDocument)).
16. *Résolution WHA57.19 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la migration internationale du personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 ([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R19-fr.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-fr.pdf)).
17. *Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement. Rapport du secrétariat.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (document A59/18 ; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/A59\\_18-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_18-fr.pdf)).
18. *Résolution EUR/RC57/R1 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur les politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2007/20070920\\_8?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2007/20070920_8?language=French)).
19. *Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement. Rapport du secrétariat.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (document EB122/16 Rev.1 ; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB122/B122\\_16Rev1-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB122/B122_16Rev1-fr.pdf)).
20. *Les personnels de santé pour tous et tous pour les personnels de santé. Déclaration de Kampala et Programme pour une action mondiale.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 ([http://www.who.int/workforcealliance/forum/2\\_declaration\\_fr\\_finale.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/forum/2_declaration_fr_finale.pdf)).
21. *Recruitment and retention of health workers: Policy options towards global solidarity. Report of WHO round table, Kampala, Uganda, 6 March 2008.* Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E91417.pdf>).
22. *La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91439.pdf>).
23. *Résolution EUR/RC58/R4 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur la direction et la gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/Document/RC58/RC58\\_fres04.pdf](http://www.euro.who.int/Document/RC58/RC58_fres04.pdf)).
24. *International recruitment of health personnel: a draft code of practice. Summary of the public hearing.* Geneva, World Health Organization, 2008 (document EB124/Inf.Doc/2; [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB124/B124\\_ID2-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_ID2-en.pdf)).
25. *Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial. Rapport du secrétariat.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (document EB124/13 ; [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB124/B124\\_13-fr.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_13-fr.pdf)).
26. *Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region. Recommendations of the meeting, Oslo 1–2 April 2009.* Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo\\_crisis\\_mtg\\_rec.pdf](http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_crisis_mtg_rec.pdf)).
27. *G8 Hokkaido Toyako Summit Leaders Declaration.* Tokyo, Ministry of Foreign Affairs of Japan, 2008 ([http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/doc080714\\_en.html](http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/doc080714_en.html)).
28. *Promoting Global Health L'Aquila G8 Health Experts' Report.* Rome, Prime Minister's office, 2009 ([http://www.g8italia2009.it/static/G8\\_Allegato/G8\\_Health\\_Experts\\_Report\\_and\\_Accountability,0.pdf](http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Health_Experts_Report_and_Accountability,0.pdf)).

29. G8 Leaders Declaration: *Responsible leadership for a sustainable future*. Rome, Prime Minister's office, 2009 ([http://www.g8italia2009.it/static/G8\\_Allegato/G8\\_Declaration\\_08\\_07\\_09\\_final,1.pdf](http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Declaration_08_07_09_final,1.pdf)).
30. *A World Health Organization code of practice on the international recruitment of health personnel: Background paper*. Geneva. World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/entity/hrh/migration/code/background\\_paper\\_code.pdf](http://www.who.int/entity/hrh/migration/code/background_paper_code.pdf)).
31. *Recruitment of health workers: towards global solidarity*. Oslo, Directorate for Health and Social Affairs, 2007 ([http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490E\\_18611a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490E_18611a.pdf)).
32. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>).
33. *Éco-Santé OCDE 2007*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2007.
34. *Perspectives des migrations internationales 2007*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2007.
35. *Livre vert relatif au personnel de santé en Europe*. Bruxelles, Commission européenne, 2008 (COM(2008) 725 final) (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:FR:PDF>).
36. *Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region. Overview of the situation in the WHO European Region (background paper)*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2009.
37. Country analysis and forecasts [web site]. London, Economist Intelligence Unit, 2009 (<http://countryanalysis.eiu.com/>).
38. *Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/rc57/fdoc09.pdf>).