



Conférence ministérielle européenne
de l'OMS sur les systèmes de santé :
« SYSTÈMES DE SANTÉ,
SANTÉ ET PROSPÉRITÉ »
Tallinn (Estonie), 25–27 juin 2008

ANALYSE DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ

SYNTHÈSE

Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ?

James Buchan



Mots Clés:

HEALTH PERSONNEL - trends

HEALTH MANPOWER - trends

EMIGRATION AND
IMMIGRATION

DELIVERY OF HEALTH CARE -
organization and
administration

HEALTH POLICY

EUROPE

La présente synthèse, rédigée pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé qui aura lieu à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008, est l'une des premières d'une nouvelle série qui sera destinée à répondre aux besoins des décideurs politiques et des administrateurs de systèmes de santé.

L'objectif est de rédiger des messages clés grâce auxquels les politiques pourront être élaborées en connaissance de cause. Les éditeurs continueront à étoffer la série en travaillant avec les auteurs pour que les options stratégiques et les problématiques de mise en œuvre bénéficient d'un examen plus attentif.

© Organisation mondiale de la santé, 2008 et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Table des matières

	Page
Messages clés	
Résumé	
Synthèse	
L'enjeu politique : maîtriser les répercussions des migrations des professionnels de santé	1
Analyse des conditions nécessaires à la mise en œuvre de mesures	5
Élaboration de méthodes pertinentes de gestion des migrations	18
Conclusions	23
Références	24

Auteur

James Buchan, Faculty of Social Sciences and Health Care, Queen Margaret University, Musselburgh, Édimbourg (Royaume-Uni)

Publié par

le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Rédacteur

Govin Permanand

Rédacteurs adjoints

Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Assistants de rédaction

Kate Willows
Jonathan North

Les auteurs et éditeurs remercient les réviseurs qui ont émis des commentaires sur la présente publication et apporté leur expertise.

1998-4065

Messages clés

Les migrations internationales des professionnels de santé sont depuis la fin des années 1990 un élément de plus en plus important au regard des politiques sanitaires mondiales. En Europe, l'adhésion de nouveaux pays à l'Union européenne depuis 2004 a élargi le champ de la mobilité des agents de santé et entraîné de nouveaux problèmes dans le contexte européen.

La dynamique de la mobilité, des migrations et du recrutement à l'échelle internationale est complexe, notamment sur le plan des motivations personnelles et des différentes méthodes employées par les pouvoirs publics pour maîtriser, faciliter ou tenter de limiter les flux entrants ou sortants de professionnels de santé.

Les migrations des personnels de santé peuvent présenter des avantages et des inconvénients. 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 d'élargir leurs perspectives de carrière et d'améliorer leur niveau de vie. En revanche, elles peuvent aussi aggraver la pénurie de soignants dans les pays souffrant déjà d'un manque d'effectifs et compromettre la qualité des soins de santé et l'accès à ces soins. Elles peuvent enfin affecter le moral de ces soignants.

Il existe plusieurs types de migrations, qui peuvent avoir différentes conséquences, exiger différents traitements de la part des responsables politiques et varier selon que le pays est un pays d'origine ou d'accueil.

La migration des personnels de santé s'inscrit dans la dynamique générale de changement et de mobilité qui sous-tend les marchés du travail dans le secteur des soins de santé, et sa problématique politique ne devrait donc pas être traitée isolément.

Pour relever les défis politiques et faire face aux problèmes liés aux migrations, des actions doivent être menées dans trois directions : améliorer les sources de données disponibles sur les flux migratoires des personnels de santé afin de mieux suivre les tendances dans ce domaine ; examiner de plus près les différentes solutions permettant de maîtriser les processus de migration afin de réduire toute conséquence néfaste sur l'offre de professionnels de santé ; dans tous les pays concernés, veiller à ce que les politiques, la planification et les pratiques en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé soient efficaces et garantissent ainsi une meilleure préservation de l'offre de main-d'œuvre.

Résumé

En règle générale, les migrations de travailleurs qualifiés s'intensifient. Dans le secteur de la santé, les médecins, les infirmiers et les autres personnels soignants ont toujours saisi l'occasion de partir à l'étranger pour tenter leur chance et élargir leurs perspectives de carrière. Toutefois, ces migrations ont connu un net accroissement au cours des dernières années.

Les pays d'origine qui perdent une partie de leur personnel sanitaire qualifié du fait des migrations peuvent constater certains effets de ce phénomène sur leur système de santé : pénurie d'effectifs, démotivation chez ceux qui restent, appauvrissement de l'offre de services de santé en termes de qualité et de quantité. En revanche, les migrations des professionnels de santé peuvent présenter des avantages ; elles soulagent, par exemple, certains pays de leurs sureffectifs et permettent de remédier à la pénurie de main-d'œuvre dans les pays d'accueil. Elles représentent également pour certains professionnels de santé un moyen de renforcer leurs compétences, d'élargir leurs perspectives de carrière et d'améliorer leur niveau de vie.

Ces migrations s'inscrivent dans la dynamique générale de changement et de mobilité qui sous-tend les marchés du travail dans le secteur des soins de santé, et leur problématique politique ne devrait donc pas être traitée isolément. En outre, la dynamique de la mobilité, des migrations et du recrutement à l'échelle internationale est complexe et touche tous les aspects suivants : droits et choix de la personne, motivations et état d'esprit des personnels de santé, différentes méthodes employées par les pouvoirs publics pour maîtriser, faciliter ou tenter de limiter les flux entrants ou sortants de professionnels de santé, et rôle d'intermédiaire des agences de recrutement.

Dans la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'adhésion de nouveaux pays à l'Union européenne (UE) en 2004 et en 2007 a élargi le champ de la mobilité des agents de santé. Certains pays, notamment ceux de la partie orientale de la Région, s'inquiètent de l'exode de leur personnel sanitaire du fait de leur adhésion à l'UE.

La présente synthèse examine les conséquences politiques que peuvent avoir en Europe les migrations internationales des personnels de santé, et tente de définir des solutions pour maîtriser ces migrations de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services. Elle est axée sur trois aspects : le suivi des migrations (caractéristiques des tendances et des flux migratoires) ; les motivations à l'origine des migrations (raisons qui poussent les professionnels de santé à partir et conséquences en termes d'élaboration des politiques) ; la maîtrise des migrations (buts recherchés et objectifs réalisables dans le cadre d'une gestion appropriée des migrations).

Suivi

Toute étude des migrations des professionnels de santé doit comparer le nombre de personnes qui arrivent dans le pays ou en émigrent, au nombre total de personnes qui quittent les effectifs sanitaires. De nombreux soignants peuvent par exemple rester dans le pays après avoir cessé d'exercer une activité dans le secteur de la santé. Il existe également différents types de migrations sur lesquels il convient de s'attarder. Ainsi, deux importantes mesures des migrations doivent être prises en compte par les responsables politiques : les effectifs (ou le stock) de travailleurs migrants dans le pays, en pourcentage des effectifs totaux disponibles (ce qui donne une indication du degré de dépendance du pays par rapport au personnel migrant) ; et les flux d'entrée et/ou de sortie de personnels dans le pays (chiffre déterminant pour évaluer l'importance du flux sortant). La mesure de ces flux peut également donner des indications sur les liens migratoires existant actuellement entre les pays.

D'une façon générale, les données disponibles semblent indiquer que les flux migratoires des professionnels de santé ont augmenté, aussi bien des pays non européens vers l'Europe que des nouveaux États membres de l'UE vers l'Europe occidentale, entre autres. Toutefois, à ce jour, les flux des nouveaux États membres de l'UE vers les anciens États membres n'ont pas atteint le niveau des prévisions établies avant l'adhésion.

Motivations

Les raisons qui poussent les personnes à s'expatrier sont diverses. Migrer ne se résume pas à effectuer un aller simple d'un pays vers un autre. Ainsi, les professionnels de santé peuvent quitter un pays pour travailler dans un deuxième, puis rentrer chez eux et/ou partir pour un troisième pays. Ils peuvent même vivre dans un pays et traverser régulièrement une frontière pour travailler dans un autre. Les décideurs doivent comprendre les motivations à l'origine des migrations des individus et des professions s'ils veulent élaborer des politiques permettant de maîtriser efficacement les flux de ressources humaines.

Maîtrise

Afin d'atténuer les effets néfastes des migrations sur l'offre de professionnels de santé, les responsables politiques devraient envisager trois types de mesures.

Mesures visant à améliorer le suivi des migrations des personnels de santé

Les responsables politiques devraient veiller à la disponibilité des deux principaux indicateurs nécessaires à l'évaluation de l'importance relative des migrations et du recrutement à l'échelle internationale, à savoir les tendances

en matière de flux de travailleurs entrant dans le pays en provenance d'autres pays (et/ou de flux à destination d'autres pays) et le nombre réel de professionnels de santé étrangers dans le pays à un instant T.

Mesures visant à orienter les flux migratoires

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour agir sur les flux entrants ou sortants de professionnels de santé à l'échelle internationale, notamment les accords bilatéraux et les codes de bonnes pratiques, mais l'absence actuelle de travaux de recherche et d'évaluation dans ce domaine constitue un obstacle politique majeur. Les responsables politiques doivent donc en priorité contribuer à l'amélioration de la base de connaissances en partageant leurs expériences et en faisant évaluer les résultats de leur action.

Mesures visant à améliorer les politiques et les pratiques relatives aux ressources humaines

La migration des professionnels de santé n'est pas un phénomène indépendant des autres dynamiques qui sous-tendent les marchés du travail dans le secteur des soins de santé. Elle peut être symptomatique de problèmes plus profonds au sein des systèmes sanitaires, tels que ceux liés à la difficulté de retenir les soignants et à améliorer la planification des effectifs afin d'éviter que ceux-ci soient pléthoriques ou insuffisants. Il est donc important de mettre l'accent sur des pratiques plus générales en matière de ressources humaines au sein des systèmes de santé, et de veiller en particulier à assurer un traitement juste et équitable à tous les personnels soignants (qu'ils soient formés dans le pays ou à l'étranger) et à utiliser au mieux leurs compétences. Pour cela, une collaboration entre les différentes administrations et avec les autres parties intéressées est indispensable. Des progrès dans ce sens permettront de réduire les effets néfastes que pourraient avoir les migrations sur le bon fonctionnement des systèmes de santé.

Synthèse

L'enjeu politique : maîtriser les répercussions des migrations des professionnels de santé

Le recrutement et les migrations des professionnels de santé à l'échelle internationale sont depuis la fin des années 1990 un élément de plus en plus important au regard des politiques sanitaires mondiales (1–6). Les médecins, les infirmiers et les autres personnels soignants ont toujours saisi l'occasion de partir à l'étranger pour tenter leur chance et élargir leurs perspectives de carrière (7). Alors que les migrations des travailleurs qualifiés s'intensifient dans de nombreux secteurs (8), l'augmentation importante de professionnels de santé qui ont choisi d'émigrer au cours des dernières années soulève un certain nombre de problèmes politiques au niveau national et fait l'objet d'une attention particulière de la part des instances internationales.

La présente synthèse donne un aperçu des conséquences politiques des migrations internationales de personnel sanitaire dans la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Pour traiter ce concept, qui désigne les déplacements de professionnels de santé d'un pays à l'autre, elle part de l'étude des rapports publiés, de la littérature grise et des données disponibles sur la question. D'un point de vue européen, il s'agit donc des migrations au sein de l'Europe, entre les pays européens, et entre les pays d'Europe et les autres parties du monde. Ces dernières revêtent une importance particulière pour certains pays européens qui continuent d'entretenir des liens étroits issus du colonialisme avec des pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud. Il est important de souligner que les migrations internes des personnels de santé (c'est-à-dire au sein d'un même pays) constituent également un facteur déterminant en termes politiques pour certains pays – et sont souvent à l'origine des problèmes de mauvaise répartition géographique – mais elles ne sont pas abordées dans la présente synthèse.

Les conséquences des migrations des soignants sur le bon fonctionnement des systèmes sanitaires occupent depuis quelques années une place importante dans le débat politique international relatif à la santé, en Europe comme dans le monde entier. Les effets potentiellement néfastes de l'émigration des personnels sanitaires à partir de certains pays en développement ont été mis en lumière dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* (9) et débattus lors de l'Assemblée mondiale de la santé (10). En Europe, ils ont reçu l'attention de l'Union européenne (UE) et du Conseil de l'Europe. Ils sont en outre considérés comme un aspect déterminant de la question des ressources humaines pour la santé dans la Région européenne de l'OMS et ont été évoqués lors de la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, en septembre 2007 (6).

Tableau 1. Migrations des professionnels de santé : questions politiques et base de connaissances requise**Pays d'origine***Politique*

- L'émigration doit-elle être favorisée ou encouragée (pour stimuler les envois de fonds ou remédier aux sureffectifs) ?
- L'émigration doit-elle être limitée ou réduite (pour restreindre l'exode des cerveaux) ? Si oui, comment procéder et comment allier efficacité et éthique ?
- Les agences de recrutement doivent-elles être réglementées ?

Base de connaissances

- Quels sont les types de travailleurs qui émigrent et en quelles proportions ?
- Quels sont les pays d'accueil des émigrants ?
- Quelle est la proportion d'émigration permanente par rapport à l'émigration temporaire (à court ou à long terme) ?
- Quelle est la proportion de personnes émigrant à l'étranger qui y sont employées ou formées dans le secteur de la santé, par rapport à celles qui sont employées ou formées dans d'autres secteurs ?
- Quelle est la proportion des flux à destination d'autres pays par rapport aux flux à destination d'autres secteurs dans le même pays ?
- Quelles sont les conséquences de l'émigration ?
- Pour quelles raisons les professionnels de santé émigrent-ils
- Comment suivre les flux migratoires ?

Pays d'accueil*Politique*

- Le taux d'immigration est-il supportable ?
- L'immigration est-elle une façon rentable de remédier à la pénurie de compétences ?
- L'immigration se justifie-t-elle d'un point de vue moral ?
- Les agences de recrutement doivent-elles être réglementées ?

Base de connaissances

- Quels sont les pays d'origine des immigrants ?
- Quelle est la proportion d'immigration permanente par rapport à l'immigration temporaire ?
- Quelle est la proportion de personnes immigrant dans le pays qui y sont employées ou formées dans le secteur de la santé ? Quelle est la proportion de personnes employées ou formées dans des secteurs autres que celui de la santé ?
- L'immigration est-elle efficacement maîtrisée ?
- Pour quelles raisons les professionnels de santé immigrer-ils ?
- Comment suivre les flux migratoires ?

Organisations internationales

- Comment suivre les flux internationaux de professionnels de santé ?
- Comment suivre les flux internationaux de professionnels de santé ?
- Les organisations doivent-elles intervenir dans ce processus (par exemple en élaborant un cadre déontologique, en encourageant les contrats de gouvernement à gouvernement, ou en soutenant le principe de la conformité à la réglementation) ?

Source: Buchan (11).

Les migrations internationales des professionnels de santé sont souvent envisagées de façon réductrice comme un exode des cerveaux unidirectionnel et linéaire, où les systèmes de santé des pays qui voient partir leurs ressources qualifiées du fait de l'émigration connaissent des pénuries d'effectifs, une démotivation parmi ceux qui restent, et un appauvrissement de l'offre de services du point de vue de la qualité, de la quantité et de l'accès à ces services (4, 12). Il reste que la dynamique de la mobilité, des migrations et du recrutement à l'échelle internationale est complexe. Elle touche aussi bien aux droits et aux choix (13) de la personne, aux motivations et à l'état d'esprit des personnels de santé, aux différentes méthodes employées par les pouvoirs publics pour maîtriser, faciliter ou tenter de limiter les entrées et sorties des professionnels de santé, et au rôle d'intermédiaire des agences de recrutement dans le processus (14).

Les migrations peuvent être temporaires ou permanentes, volontaires ou forcées, ou stimulées par différents facteurs dans les pays d'accueil et/ou d'origine (2). Les types de flux migratoires peuvent avoir des motivations, une incidence et des conséquences politiques variées, mais les données disponibles ne permettent pas de les distinguer facilement. La documentation sur les migrations étant peu uniformisée à l'échelle internationale, il est difficile de comparer les niveaux généraux de ces migrations d'un pays à un autre (15). En outre, les données concernant tout particulièrement les professionnels de santé sont souvent rares (16). Il est donc impossible de brosser un tableau détaillé à une échelle très inférieure à l'échelle internationale – celle de la Région – des tendances suivies par les migrations de médecins, d'infirmiers et d'autres professionnels de santé, ou d'évaluer la proportion entre les migrants temporaires et les migrants permanents à partir des données disponibles.

En Europe, un autre facteur entre en jeu : celui de l'adhésion à l'UE de nouveaux États en 2004 et en 2007, qui a accru la mobilité des médecins, des infirmiers et des autres professionnels de santé. Certains pays, notamment ceux de la partie orientale de la Région, s'inquiètent du départ de leurs soignants dû à leur entrée dans l'UE, ou du fait que cette émigration risque de s'accroître dans la mesure où les professionnels de santé mobiles font désormais partie d'un marché libre beaucoup plus étendu. Un rapport réalisé avant 2004, date de l'adhésion, a révélé qu'en 2000, 13 millions de non-ressortissants vivaient dans les 15 États membres de l'UE, la moitié étant constituée de ressortissants d'autres pays de l'UE. De plus, l'immigration nette vers l'UE en 2000 était de 680 000, soit 2,2 pour 1 000 habitants. L'écart de revenus entre les nouveaux États membres d'Europe centrale et orientale et les anciens a été estimé à 60 %, ce qui est nettement plus élevé que lors du précédent élargissement de l'UE (17).

L'UE a exprimé sa préoccupation quant à l'incidence de la migration des soignants sur les systèmes de santé des pays en développement, où l'exode des cerveaux a des répercussions particulièrement importantes (18). Elle exerce également une influence sur la mobilité des professionnels de santé dans le cadre du processus de Bologne, lancé en 1999, qui vise à créer un Espace européen de l'enseignement supérieur d'ici 2010 afin de favoriser la reconnaissance des qualifications en Europe (4). Plus récemment, l'UE a envisagé la possibilité d'instaurer un système de carte européenne similaire à la carte verte en vigueur aux États-Unis, qui constituerait pour les travailleurs hautement qualifiés non-ressortissants de l'Union un point d'accès au marché du travail européen, et qui s'adresserait en principe aux médecins et aux infirmiers. Cependant, ce dispositif a été critiqué à plusieurs niveaux et sa ratification par l'ensemble des 27 États membres a donc peu de chances d'avoir lieu à court terme (19).

Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, lors de sa cinquante-septième session à Belgrade, en septembre 2007, s'est penché sur les questions relatives au personnel sanitaire, notamment les migrations, et a approuvé la résolution EUR/RC57/R1 (20) qui priait instamment les États membres : d'améliorer et de développer les informations et les connaissances concernant le personnel sanitaire ; d'élaborer, d'incorporer et de placer au centre des préoccupations des politiques relatives aux ressources humaines pour la santé qui contribuent au développement des systèmes de santé ; d'évaluer les tendances en matière de migration du personnel sanitaire et les effets de celle-ci ; d'orienter, là où cela se justifie, la planification du personnel vers la réalisation de la santé pour tous.

L'encadré 2 présente des exemples de questions relatives aux migrations de professionnels de santé en Europe et de défis politiques qui se posent actuellement aux pouvoirs publics.

Les migrations de professionnels de santé peuvent présenter des avantages et des inconvénients. Elles permettent de remédier à la pénurie de main-d'œuvre dans certains pays et soulagent les pays d'origine de leurs sureffectifs. Elles peuvent en outre favoriser l'envoi de fonds par les professionnels travaillant à l'étranger vers leur pays d'origine, et permettre à ces professionnels de renforcer leurs compétences, d'élargir leurs perspectives de carrière et d'améliorer leur niveau de vie. Le recrutement international de personnel sanitaire qualifié a atténué la pénurie que connaissaient certains pays. Il constitue une solution à court terme, qui peut être intéressante pour les responsables politiques, sachant qu'il faut parfois entre trois et cinq ans pour former un infirmier et entre dix et quinze ans pour former un médecin principal expérimenté. Le recrutement à partir d'autres pays permet de se doter de personnel beaucoup plus rapidement et il présente en outre l'avantage que les coûts de formation sont pris en charge

Encadré 2. Exemples de défis politiques qui se posent dans la Région européenne

En Croatie, des recherches sur l'état d'esprit des étudiants en dernière année de médecine ont révélé que 76 % d'entre eux envisageaient d'émigrer s'ils ne pouvaient pas exercer la spécialité de leur choix dans leur pays. Leur destination de prédilection était l'UE et la raison qu'ils citaient le plus souvent pour expliquer leur projet d'émigrer était les meilleures conditions de salaire.

En République tchèque, il n'existe pas de statistiques qui permettent de connaître l'évolution des chiffres relatifs aux migrations des professionnels de santé.

De nombreux infirmiers roumains occupent actuellement des emplois temporaires à l'étranger. On ignore s'ils ont l'intention de rentrer en Roumanie une fois que leur contrat prendra fin, mais le système de santé roumain bénéficiera des compétences et des connaissances qu'ils auront acquises pendant leur séjour à l'étranger.

En Serbie, si la tendance au chômage des médecins persiste, des mécanismes devront être mis en place au niveau national pour recenser à la fois les professionnels partant à l'étranger et les personnels de santé migrant en général.

Source: Wiskow (21).

par ces autres pays. Le recrutement actif d'infirmiers, de médecins et d'autres soignants vient s'ajouter à tous les flux migratoires naturels.

La suite de la présente synthèse tente de définir des solutions pour maîtriser les migrations de professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services. Elle est principalement axée sur trois aspects : la mesure des migrations (caractéristiques des tendances et des stocks par rapport aux flux migratoires), les motivations à l'origine des migrations (raisons qui poussent les professionnels de santé à partir et conséquences en termes d'élaboration des politiques) et la maîtrise des migrations (buts recherchés et objectifs réalisables dans le cadre de la gestion des migrations).

Analyse des conditions nécessaires à la mise en œuvre de mesures***Mesure des migrations***

Toute étude des migrations des professionnels de santé doit être fondée sur la compréhension de l'ampleur du phénomène, c'est-à-dire de la différence entre le nombre de personnes qui quittent le pays (ou y arrivent) au nombre total de personnes qui quittent les effectifs sanitaires (ou les intègrent). De nombreux soignants peuvent par exemple rester dans le pays après avoir cessé d'exercer une activité dans le secteur de la santé. Dans ce secteur, les marchés du travail sont généralement dynamiques et les professionnels sont mobiles, que ce soit d'un point géographique à un autre ou d'une organisation à une autre. Les

outils utilisés pour mesurer les tendances sur ces marchés doivent rendre compte de ce dynamisme (22–24).

Les personnes qui intègrent les effectifs des professions de santé d'un pays sont parfois des migrants venant d'autres pays, mais aussi des personnes qui ont achevé leur formation ou qui changent de métier, etc. De même, certaines personnes quittant ces effectifs le font pour émigrer, mais d'autres partent en retraite ou trouvent un travail dans un autre secteur que celui de la santé. La figure 1 présente un schéma simple du secteur de la santé, mais il est possible d'élaborer des modèles plus complexes comportant plusieurs cases pour chaque organisation du secteur.

Figure 1. Le modèle stock-flux

Flux en entrée

- diplômés
- immigrants
- autres secteurs
- etc.



Stock :
agents de
santé



Flux en sortie

- retraite
- émigrants
- autres secteurs
- etc.

Source : Buchan et Seccombe (25).

L'émigration est peut-être l'aspect le plus évident des flux sortants, mais elle ne représente pas forcément la part la plus large du flux des professionnels qui quittent le secteur de la santé. Les autres flux sortants, par exemple ceux dus aux départs à la retraite ou aux emplois dans d'autres secteurs, peuvent être plus importants. Les responsables politiques doivent tenir compte des migrations de personnel sanitaire dans le contexte plus général de la dynamique des effectifs de santé (14). Il faut donc commencer par définir clairement l'importance relative de l'immigration et/ou de l'émigration. Cette opération peut être effectuée par le biais d'une évaluation de l'incidence des migrations sur le nombre total (le stock) de travailleurs dans le système, et par une estimation de l'importance du flux migratoire par rapport aux autres flux.

Il est également important de souligner que les migrations constituent le lien entre les marchés du travail nationaux et que ceux-ci peuvent aujourd'hui avoir des niveaux de stocks de main-d'œuvre très différents. Les données relatives à la taille globale et à la densité des stocks de personnels de santé dans différents pays de la Région dénotent d'importants écarts. L'OMS a récemment estimé à 16,6 millions le nombre de professionnels de santé dans la Région européenne, soit une moyenne de 18,9 pour 1 000 habitants. Ce chiffre représente près de 10 % de la population active (26). L'OMS a également publié des estimations

plus détaillées, en s'appuyant sur des données récentes montrant de nettes disparités entre les nombres de soignants pour 100 000 habitants. La densité des professionnels de santé tend à être plus élevée dans les pays de l'UE (tableau 1). Les pays qui enregistrent les densités les plus faibles sont les plus exposés aux conséquences néfastes de l'émigration.

D'après un rapport de l'Organisation internationale du travail, entre 1995 et 2000, l'emploi dans le secteur de la santé a généralement progressé dans les économies d'Europe occidentale, alors que cette augmentation dans les économies en transition a été au mieux marginale ; de fait, bon nombre de pays ont enregistré une baisse (21). En revanche, des rapports récemment réalisés pour le compte du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe prévoient une pénurie de professionnels de santé qualifiés dans les années à venir, qui n'est pas uniquement due aux migrations. Ainsi, des pays tels que le Danemark, la France, l'Islande, la Norvège et la Suède constatent un vieillissement du personnel infirmier, l'âge moyen des infirmiers employés étant compris entre 41 et 45 ans (26).

Stock et flux migratoires de professionnels de santé

Comme le montre la figure 1, deux importantes mesures des migrations doivent être prises en compte par les responsables politiques : les effectifs (le stock) de travailleurs migrants dans le pays, en pourcentage des effectifs totaux disponibles, ce qui donne une indication du degré de dépendance du pays par rapport aux personnels de santé migrants ;

Table 1. Nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants, 2002

Groupes de pays	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	293,14	767,68	66,90	16,38
Communauté des États indépendants	373,55	794,18	54,15	18,44

Source: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (26).

le flux d'entrée et/ou de sortie de personnels dans le pays ; ce chiffre permet de mesurer le dynamisme du processus, est indispensable pour évaluer l'importance que peut avoir l'exode des professionnels de santé pour certains pays d'origine, et peut également donner des indications sur les liens migratoires existant actuellement entre les pays.

Les responsables de l'élaboration des politiques doivent être en mesure de comparer le volume des départs de professionnels de santé vers d'autres pays par rapport à celui des flux entre secteurs et régions dans le même pays. Ce n'est qu'à cette condition qu'ils pourront juger si l'émigration représente un problème important pour le pays (14).

Les quatre principales sources de données sur les stocks et les flux sont : a) les recensements de population ; b) les enquêtes sur les forces de travail (qui peuvent être utiles pour déterminer les stocks) ; c) les processus d'inscription, de certification et de contrôle professionnels ; et d) les permis de travail et les données sur l'émigration (qui peuvent être utiles pour déterminer les flux entrants et sortants). Aucun pays européen ne peut fournir d'informations précises, complètes et actualisées sur l'ensemble des stocks et des flux internationaux de professionnels de santé. Ces pays emploient en outre des définitions et une terminologie différentes, par exemple « né à l'étranger », « formé à l'étranger » et « pays d'origine ». L'utilisation de chacune des quatre sources citées plus haut a ses limites, ce qui rend très difficile la comparaison des niveaux de migration et des flux d'un pays à l'autre (3, 16). Par exemple, l'étude récente sur les migrations de professionnels de santé dans quatre pays évoquée dans l'encadré 2 (21) a établi que : en Croatie, il n'existe pas de données sur les migrations internationales de personnels de santé provenant de sources statistiques officielles ou qui permettent de suivre les mouvements internes ; en République tchèque, il n'existe pas de ressources statistiques permettant de connaître le nombre de professionnels de santé émigrés, alors qu'il serait possible d'obtenir certaines informations sur les projets d'émigration grâce aux procédures de vérification effectuées par l'Ordre des médecins et les associations professionnelles ; en Roumanie, les données sur les migrations des professionnels de santé ne sont pas publiées et les informations pouvant être obtenues sont « fragmentées, limitées et de mauvaise qualité » ; en Serbie, il est possible d'obtenir ces informations à partir des recensements de population, qui semblent indiquer que les migrations d'infirmiers sont en général définitives (la plupart résident à l'étranger depuis plus de dix ans) alors que les migrations de médecins dessinent des tendances plus complexes.

Autre limitation liée aux informations disponibles : il est pratiquement impossible de suivre l'évolution de l'émigration si les professionnels n'occupent pas un poste similaire dans le pays d'accueil. Par exemple, un infirmier polonais qui quitte la Pologne mais qui prend un emploi d'aide-soignant au Royaume-Uni ne sera pas enregistré comme faisant partie du personnel migrant dans les

Tableau 2. Estimation du nombre de professionnels de santé en exercice nés à l'étranger dans quelques pays membres de l'OCDE, vers 2000

Pays de résidence	Infirmiers nés à l'étranger		Médecins nés à l'étranger	
	No.	%	No.	%
Allemagne	74 990	10,4	28 494	11,1
Autriche	8 217	14,5	4 400	14,6
Espagne	5 638	3,4	9 433	7,5
Finlande	470	0,8	575	4,0
France	23 308	5,5	33 879	16,9
Irlande	6 204	14,3	2 895	35,3
Norvège	4 281	6,1	2 761	16,6
Royaume-Uni	81 623	15,2	49 780	33,7

données d'enregistrement ou de vérification des organismes professionnels (14). Par ailleurs, si l'on ne s'intéresse qu'aux chiffres globaux de chaque profession de santé, on risque de ne pas voir les conséquences politiques d'une émigration concernant uniquement certaines spécialités d'une profession de santé, par exemple les anesthésistes ou les infirmiers en soins intensifs. En raison des limitations liées aux données, il est très difficile d'évaluer les flux à ce niveau de détail, quel que soit le degré de précision.

Sur le plan des effectifs, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) révèle que le nombre de médecins formés à l'étranger dans certains pays d'Europe occidentale a considérablement augmenté au cours des 30 dernières années. Entre 1970 et 2005, par exemple, les effectifs sont passés de 1 % à 6 % du total en France et aux Pays-Bas, de 3 % à 11 % au Danemark, de 5 % à 16,1 % en Suède et de 26 % à 33 % au Royaume-Uni (4). L'OCDE a recueilli les données disponibles les plus récentes, ce qui permet d'estimer le pourcentage (c'est-à-dire le stock) d'infirmiers et de médecins « nés à l'étranger » travaillant dans les pays de l'OCDE (tableau 2).¹

¹ La définition utilisée dans ces estimations est le lieu de naissance, qui peut être différent du pays de formation. Les données correspondent à des années différentes. Sauf indication contraire, toutes les données de cette section proviennent de l'OCDE (4).

Tableau 3. Estimation du taux d'expatriation des médecins et infirmiers dans quelques pays d'Europe, d'Afrique et d'Asie, vers 2000

Pays	Infirmiers travaillant dans les pays de l'OCDE		Médecins travaillant dans les pays de l'OCDE	
	Nb	Taux d'expatriation (%)	Nb	Taux d'expatriation (%)
Albanie	415	3,5	271	6,2
Bulgarie	789	2,6	1856	6,2
Chypre	706	19,1	627	25,2
Hongrie	2117	2,4	2538	7,2
Pologne	9153	4,6	5821	5,8
Roumanie	4440	4,9	5182	10,9
Bangladesh	651	3,1	2127	5,2
Cameroun	1338	4,9	572	15,5
Congo	452	12,3	539	41,6

Remarque. Il n'existe pas de données complètes sur la plupart des pays issus de la dissolution de l'ex-URSS.

On observe des écarts importants entre plusieurs pays de l'OCDE en ce qui concerne le niveau des effectifs d'infirmiers et de médecins nés à l'étranger. Par exemple, selon ses déclarations, la Finlande ne compterait que 0,8 % de personnes nées à l'étranger parmi ses infirmiers en exercice, contre 14 à 15 % en Autriche, en Irlande et au Royaume-Uni. Seuls 4 % des médecins en Finlande et 7,5 % en Espagne sont déclarés nés à l'étranger, contre plus d'un tiers en Irlande et au Royaume-Uni. Alors que le pourcentage d'infirmiers nés à l'étranger dans les pays de l'OCDE a tendance à suivre la même courbe que celle de toutes les professions hautement qualifiées, le pourcentage de médecins a tendance à être beaucoup plus élevé. La part de pharmaciens nés à

Comme le montre le tableau 3, les taux d'expatriation en provenance de pays d'autres régions, pour ce qui est des effectifs travaillant dans les pays de l'OCDE, varient sensiblement. Ce taux peut être nettement supérieur dans certains pays, par exemple le Bangladesh, qui disposent d'un stock total de médecins et de d'infirmiers relativement limité. D'autres pays déclarent un effectif total important ; même si le nombre total des émigrés est élevé, le pourcentage correspondant de l'effectif total est donc relativement faible. Ainsi, plus de 20 000 infirmiers originaires d'Inde travailleraient dans les pays de l'OCDE, mais cela ne représente que 2,6 % du nombre total d'infirmiers du pays.

L'OCDE relève des liens particuliers entre certains pays et régions en ce qui concerne les flux de personnels de santé. Par exemple, les flux migratoires provenant d'Amérique latine sont principalement à destination de l'Espagne et des États-Unis, alors que ceux provenant d'Afrique sont principalement à destination de la France. Globalement, on estime que les plus forts taux d'émigration vers les pays de l'OCDE viennent des pays d'Afrique et des Caraïbes, en particulier des pays africains qui ont été en proie à d'importants conflits au cours des dix dernières années (4,27).

Sur le plan des répercussions de ces flux migratoires, il semblerait qu'entre 1970 et 2005, le nombre de médecins formés à l'étranger ait rapidement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE (à l'exception du Canada) et que, par conséquent, la part du personnel médical formé à l'étranger ait augmenté de façon spectaculaire. Le rapport conclut que ces tendances à long terme sont dans une certaine mesure dues à l'intensification récente des flux migratoires (4).

Flux migratoires en provenance des nouveaux États membres de l'UE

Comme cela a été signalé plus haut, les répercussions de l'adhésion de nouveaux États membres à l'UE sur les flux migratoires des professionnels de santé sont difficiles à évaluer avec précision en raison des limitations liées aux données. Certains éléments semblent néanmoins indiquer que l'émigration à partir de certains des dix États ayant intégré l'UE en 2004 n'a pas été aussi importante que l'avaient prévu les responsables politiques au moment de l'adhésion de ces pays. Ainsi, dans un rapport publié en 2006 et fondé sur des études de cas de pays, l'OMS constate que même si certains éléments indiquent une hausse de l'émigration de personnels de santé à partir d'Estonie, de Lituanie et de Pologne, les chiffres ne sont pas aussi élevés que prévu, peut-être parce que les enquêtes menées à l'époque avaient surestimé les intentions d'émigrer de nombreux soignants. Les auteurs rappelaient toutefois que ces trois pays avaient intégré l'UE moins de deux ans auparavant et qu'ils pourraient bien connaître une hausse de l'émigration (14). Des rapports sur les

autres nouveaux États membres et pays d'Europe orientale aboutissaient à des conclusions identiques (4,21,28). L'encadré 3 résume certains des principaux constats relatifs à l'entrée des nouveaux États membres dans l'UE et à la migration des professionnels de santé.

Encadré 3. Exemples de répercussions de l'élargissement de l'UE

Au Royaume-Uni, entre mai 2004 et décembre 2006, 530 médecins hospitaliers, 340 dentistes, 950 infirmiers (dont 300 assistants dentaires) et 410 aides-soignants et auxiliaires de vie ont été enregistrés au *Worker Registration Scheme* comme venant des nouveaux États membres de l'UE.

En Irlande, le nombre de ressortissants des huit nouveaux pays membres de l'UE à l'exception de Malte et de Chypre (EU8) employés dans le secteur de la santé a doublé entre septembre 2004 et 2005, passant de 700 à environ 1 300.

En Suède, le nombre d'autorisations accordées à des médecins de l'UE est passé de 230 en 2003 à 740 en 2004.

En Pologne, entre mai 2004 et juin 2006, plus de 5 000 certificats ont été délivrés à des médecins (soit 4,3 % de la main-d'œuvre en activité) et 2 800 à des infirmiers (1,2 %). L'accroissement des flux à destination des pays de l'UE était en majeure partie un phénomène à court terme.

En Croatie, en République tchèque, en Roumanie et en Serbie, « malgré la crainte de migrations massives liée à l'élargissement de l'UE », la mobilité des professionnels de santé s'est avérée faible.

Sources: Dumont & Zurn (4), Wiskow (21).

Motivations à l'origine des migrations

S'ils veulent élaborer des politiques qui permettent de maîtriser les flux de main-d'œuvre, les décideurs doivent comprendre les facteurs qui poussent les professionnels de santé à émigrer (12, 14, 29, 30). On distingue généralement deux sortes de facteurs : les facteurs de départ et les facteurs d'attraction. Le tableau 4 présente quelques-uns des 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.

En règle générale, le niveau de revenu joue un rôle important dans le sentiment de satisfaction que procure la vie et il est reconnu comme un facteur de migration décisif (31). De fait, les recherches sur les écarts de salaire entre les professionnels de santé des pays développés et des pays en développement font apparaître un fossé qu'il n'est pas facile de combler (32).). De plus, le fossé entre les nouveaux États membres de l'UE et les 15 anciens en termes de

Table 4. Main push and pull factors in the migration and international recruitment of health workers

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

satisfaction est particulièrement net sur le plan de la situation financière et de l'emploi, le système de soins de santé et la sécurité personnelle ; les personnes vivant dans les nouveaux États membres expriment un niveau de satisfaction moins élevé dans ces domaines (33).

Cependant, d'autres facteurs peuvent devenir des facteurs de départ importants dans certains pays et à certains moments, par exemple la crainte pour la sécurité personnelle dans les zones de conflit et d'instabilité économique. D'autres facteurs d'attraction, tels que la possibilité de voyager ou de participer à des missions d'aide humanitaire, seront également pris en compte par certaines personnes. De nombreux facteurs déterminent en effet la prise de décision. Ainsi, une étude réalisée aux Pays-Bas a montré que, pour les 1 500 infirmiers arrivés dans le pays en provenance des autres États membres de l'UE, notamment les nouveaux, les raisons personnelles (parmi lesquelles le mariage) étaient les plus importantes (34). Parallèlement, des recherches sur les infirmiers recrutés à l'échelle internationale au Royaume-Uni (en particulier à Londres) ont montré que le perfectionnement professionnel et les possibilités d'études pour les enfants faisaient partie des principales motivations pour émigrer (35).

Les individus n'ont pas tous les mêmes raisons de partir et la composition du groupe de professionnels de santé migrants peut changer en fonction du pays

et du moment. Migrer ne se résume pas à effectuer un aller simple d'un pays vers un autre. Ainsi, les professionnels de santé peuvent quitter un pays pour travailler dans un deuxième, puis rentrer chez eux ou partir pour un troisième pays. Ils peuvent même vivre dans un pays et traverser régulièrement une frontière pour travailler dans un autre. La modernisation des moyens de transport et des communications, associée à l'offre d'emplois, peut encourager ces déplacements. Par exemple, l'Australie a activement recruté des infirmiers Philippins travaillant en Irlande (36).

Certains aspects liés à l'adaptation professionnelle et culturelle doivent également être pris en compte. Même si les médecins et infirmiers qui émigrent parlent la langue et présentent les qualifications requises, ils passent souvent par une période d'adaptation aux processus et procédures cliniques en vigueur et aux pratiques générales en matière d'organisation du pays d'accueil. Les recherches dans ce domaine sont aujourd'hui insuffisantes (37–39). D'autres aspects propres au secteur de la santé ont trait à la réglementation des professions de santé au niveau national. Les critères de qualifications, de niveau et de compétences linguistiques régissant l'exercice des professionnels de santé ne sont pas les mêmes dans tous les pays. Certains pays, tels que ceux de l'UE, ont accepté de reconnaître les diplômes des autres pays, ce qui peut faciliter les mouvements transfrontaliers.

D'autres facteurs plus généraux (non spécifiques aux professionnels de santé), par exemple la proximité géographique, une langue et des coutumes communes, et des programmes d'études identiques peuvent influencer sur le choix d'un pays d'accueil (voir encadré 4). Les liens issus du colonialisme (qui perpétuent souvent une communauté des programmes d'études et de la langue entre le pays d'origine et le pays d'accueil) peuvent également constituer un facteur important dans le cas de certains pays de l'UE, par exemple le Portugal et le Royaume-Uni.

Encadré 4. Facteurs déterminant et entretenant les liens migratoires

- Langue commune
- Culture commune ou similaire
- Programmes d'études communs ou similaires
- Reconnaissance mutuelle des diplômes ou diplômes similaires
- Proximité géographique, frontières communes ou facilité des déplacements
- Préexistence d'une communauté immigrée

Maîtrise des migrations

Pays d'origine

Les responsables politiques des pays européens où l'émigration des personnels de santé est importante doivent être en mesure d'analyser les raisons de ce phénomène et d'évaluer les conséquences qu'il peut avoir sur les services de soins de santé nationaux. Ils doivent pouvoir mesurer la perte relative de main-d'œuvre due aux flux à destination d'autres pays par rapport aux flux internes (comprenant par exemple les professionnels de santé et les autres travailleurs qui quittent le secteur public pour le secteur privé ou changent de métier). Dans certains cas, l'émigration internationale peut être très visible mais ne représenter que des pertes numériques relativement faibles par rapport aux flux internes de professionnels de santé qui quittent le secteur public pour d'autres sources d'emplois.

Une émigration de personnel sanitaire incorrectement programmée et maîtrisée peut entraîner la dégradation du système de santé, remettre en cause les projections en matière de planification et fragiliser la base de compétences actuelle et future du pays. Si les responsables politiques déterminent qu'elle entraîne de telles conséquences, ils doivent convenir d'une action visant à atténuer ses effets néfastes sur l'offre de professionnels de santé et d'autres travailleurs. Ils devront évaluer les coûts et les avantages liés au traitement de problèmes tels que le faible salaire relatif, les perspectives de carrière réduites, les mauvaises conditions d'exercice et les charges de travail importantes, et trouver des réponses aux préoccupations concernant la sécurité de l'emploi, les possibilités d'études limitées et la sécurité personnelle. Dans certains cas, ils pourront obtenir un soutien de la part d'organisations internationales ou des pouvoirs publics des pays d'accueil afin d'améliorer les conditions de travail, les possibilités d'emploi ou les perspectives de carrière et d'études (30). Ces mesures peuvent avoir des conséquences importantes en termes de coût, mais il faut néanmoins envisager de les prendre ; cela a été fait dans les pays baltes, où les salaires et les conditions de travail ont été étudiés et adaptés au moment de l'adhésion de ces pays à l'UE (14).

Comme cela a été indiqué plus haut, il se peut aussi que les responsables politiques favorisent l'émigration afin de faire baisser les sureffectifs dans telle ou telle profession de santé ou d'encourager certains professionnels à acquérir des compétences ou des qualifications supplémentaires avant de revenir dans leur pays. Cette politique a surtout été appliquée en Inde et aux Philippines (40), mais il existe également quelques rares exemples en Europe. On peut ainsi citer l'accord bilatéral entre l'Espagne et le Royaume-Uni, selon lequel des infirmiers espagnols pouvaient travailler au Royaume-Uni pendant une période déterminée (39), et un accord similaire mis en place au niveau provincial entre la Roumanie et l'Italie à propos des déplacements d'infirmiers (41).

Pays d'accueil

Les pays d'accueil (appelés ainsi parce que l'immigration de professionnels de santé y est nettement plus élevée que l'émigration), sont eux aussi confrontés à un certain nombre de défis. Dans l'ensemble, ces défis sont semblables à ceux des pays d'origine. Les pays doivent impérativement être capables de surveiller les tendances de l'immigration (en termes de quantités et de sources) s'ils veulent dresser un tableau général de la situation sur le plan des ressources humaines pour la santé, en particulier de l'incidence de l'immigration sur le système de santé, et être en mesure d'intégrer ces informations dans leur processus de planification. Ces données leur permettront par exemple de mieux comprendre dans quelle mesure ils dépendent des agents de santé recrutés à l'étranger pour remédier à leur propre pénurie de compétences. Il est également important de comprendre les raisons à l'origine de cette pénurie.

Les pays d'accueil tributaires du recrutement international actif de professionnels de santé doivent pouvoir évaluer l'utilité relative de cette mesure par rapport à d'autres mesures importantes (telles que le recrutement sur place, la fidélisation et le retour à l'emploi des professionnels de santé qui n'exercent pas d'activité) afin de déterminer le dosage le plus efficace entre les différentes interventions. Un document d'orientation publié récemment par la Direction des affaires sanitaires et sociales en Norvège met en évidence le champ d'action dont dispose un pays d'accueil pour analyser sa propre planification et son cadre politique général en matière de personnel, afin de s'orienter vers une plus grande autosuffisance et donc de ne plus mettre en péril les systèmes de santé des pays en développement (30). La condition de cette stratégie est d'obtenir un véritable accord et une collaboration réelle de la part des différents services, de sorte que les autorités chargées des finances, de la réglementation, de l'aide au développement, de la santé et de l'immigration, entre autres, coopèrent sur la base d'une orientation générale définie d'un commun accord.

Les pays d'accueil doivent également veiller à ce que l'immigration de professionnels de santé soit maîtrisée et facilitée afin que ces professionnels participent efficacement au système de santé et qu'ils bénéficient d'une égalité de traitement et des chances. Parmi les mesures qui ont été utilisées aux fins d'un recrutement efficace figurent : le traitement rapide des demandes de permis de travail ; la mise au point de méthodes de recrutement coordonnées regroupant plusieurs employeurs pour obtenir des économies d'échelle ; la mise au point de méthodes regroupant plusieurs agences pour procéder au placement des professionnels de santé de façon coordonnée à leur arrivée dans le pays ; et des périodes initiales de pratique supervisée ou d'adaptation ainsi que des cours de langues, une orientation culturelle et une aide sociale afin que les nouveaux arrivés puissent réellement s'assimiler(14). Un autre défi consiste à essayer d'orienter les personnes recrutées à l'étranger vers les zones

géographiques ou les spécialités où les besoins en personnel sont les plus importants.

S'agissant de garantir une égalité de traitement et une égalité des chances au personnel sanitaire recruté à l'étranger – ce qui est par ailleurs déterminant pour préserver le moral des travailleurs de ce secteur – certains pays tels que l'Angleterre (42), l'Irlande (43) et l'Écosse (44) ont instauré des codes de bonnes pratiques. Ces codes définissent les principes d'un recrutement international conforme à l'éthique et efficace, insistent sur la nécessité d'évaluer l'efficacité des agences de recrutement et rappellent que les travailleurs immigrés doivent bénéficier d'un traitement juste et équitable. Les codes de bonnes pratiques anglais et écossais citent également les pays dans lesquels il ne faut pas recruter activement, et ce dernier s'engage expressément à surveiller les activités de recrutement du National Health Service en Écosse. Dans certains pays d'accueil, il est nécessaire d'étudier les moyens de soutenir et d'encourager au travail les personnels soignants étrangers qui n'exercent pas d'activité (par exemple les réfugiés). Certaines associations internationales de professionnels de santé ont défini des principes et des protocoles de recrutement (45–47).

Les pays d'accueil doivent s'assurer qu'ils sont dotés d'un cadre réglementaire destiné à soutenir ces professionnels mais aussi à évaluer leurs compétences. Les facteurs de risque en matière de sécurité des patients, associés à l'emploi d'une main-d'œuvre multinationale avec ses différences de langue maternelle, de formation et d'approche culturelle des soins aux patients, doivent également être analysés.

L'OMS s'efforce actuellement de parvenir à un consensus mondial sur un cadre et un éventuel code relatifs au recrutement international des professionnels de santé. Des codes multilatéraux sont déjà applicables dans les États du Commonwealth et des Îles du Pacifique. Le Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Professionals (48) offre aux gouvernements des pays du Commonwealth un cadre régissant le recrutement international des agents de santé. Ce document décrit des pratiques de recrutement justes et équitables ; il vise également à décourager le recrutement ciblé de personnel soignant dans les pays en proie à une pénurie et à protéger les droits des personnes embauchées et les conditions liées à leur profession dans les pays recruteurs. Il attire l'attention sur le fait que le recrutement des soignants doit être transparent et que les agences spécialisées dans ce domaine et les employeurs doivent annoncer clairement les conditions de travail des personnes embauchées. Il encourage le traitement équitable et recommande aux agences de fournir des informations complètes et précises aux personnes susceptibles d'être embauchées et de ne pas chercher à recruter celles qui ont encore une obligation envers leur pays. Le Code insiste en outre sur la

réciprocité des avantages et sur la nécessité pour les recruteurs d'étudier les moyens d'apporter une aide aux pays d'origine. Il traite également d'autres aspects, à savoir : faire en sorte que les personnes recrutées comprennent parfaitement leur contrat ; s'assurer qu'elles connaissent les autorités de contrôle et les conditions particulières ; et encourager les pays du Commonwealth à examiner et à mettre en œuvre de nouvelles stratégies pour fidéliser le personnel formé. Toutefois, ce code n'est pas un instrument juridiquement contraignant.

Élaboration de méthodes pertinentes de gestion des migrations

Au niveau le plus général, deux grandes options se présentent aux pays et régions confrontés à l'immigration et/ou l'émigration de professionnels de santé. L'une consiste à ne rien faire et à laisser le marché déterminer l'orientation, le niveau et la dynamique de ces migrations. L'autre consiste à élaborer des politiques qui facilitent ou guident le processus de migration afin de se rapprocher le plus possible d'une situation de « gagnant-gagnant » (ou du moins d'éviter une situation de « gagnant-perdant » défavorable aux pays qui peuvent le moins se permettre d'être perdants). Le tableau 5 résume les possibilités et problèmes que présentent les migrations pour les pays concernés.

Tableau 5. Migrations des professionnels de santé : possibilités et problèmes pour les parties intéressées

Acteurs	Possibilités	Problèmes
Employeurs des pays d'accueil	Solution aux pénuries de compétences	Recrutement efficace (et conforme à l'éthique ?)
Employeurs des pays d'origine	Transfert de fonds ou autres ressources	Émigration entraînant des pénuries de compétences
Personnels de santé mobiles/migrants	Retour des personnels avec des compétences renforcées	Obtention de l'égalité des chances dans le pays d'accueil
Personnels de santé sédentaires	Meilleures conditions de rémunération et perspectives de carrière	Accroissement de la charge de travail ; démotivation morale
	Offre d'emplois plus importante (si sureffectif)	

La présente section recense trois domaines principaux et complémentaires dans lesquels les responsables politiques doivent envisager des actions visant à atténuer les effets néfastes des migrations sur l'offre de main-d'œuvre.

Politiques visant à améliorer le suivi des migrations de personnels de santé

Pour élaborer des politiques éclairées, il faut disposer d'informations. Les responsables politiques doivent être en mesure d'évaluer l'incidence des migrations sur le volume global des effectifs du système et l'importance des flux migratoires par rapport aux autres flux. Or, deux problèmes de base se posent concernant les données disponibles relatives à la migration des professionnels de santé : elles sont pour le moins incomplètes pour tous les pays et visiblement incompatibles d'un pays à l'autre. Certes, l'UE a recueilli un certain nombre de données sur les flux transfrontaliers de médecins et d'infirmiers au niveau national (des données provenant pour la plupart des registres professionnels), mais elle a été gênée dans cette tâche par le fait que les données en question n'étaient pas complètes ni présentées sous une forme qui aurait facilité l'analyse nécessaire à l'élaboration de politiques (11).

Les responsables politiques doivent tout faire pour que les deux principaux indicateurs requis pour évaluer l'importance relative des migrations et du recrutement international soient disponibles, à savoir les tendances en matière de flux de travailleurs entrant dans le pays en provenance d'autres pays (et/ou de flux à destination d'autres pays) et le nombre réel de professionnels de santé étrangers dans le pays à un instant T. Ces données peuvent être obtenues à partir d'une ou plusieurs sources, telles que les registres professionnels, les recensements de population et les permis de travail. Le tableau 6 présente des recommandations en matière de recueil de données nécessaires au suivi des migrations.

Tableau 6. Recommandations relatives aux données nationales requises pour le suivi des flux internationaux de professionnels de santé

Travailleurs	Données minimales	Données complémentaires
Flux entrant/sortant	Nombre de membres d'une profession quittant le pays (par pays d'accueil) Nombre de membres d'une profession arrivant dans le pays (par pays d'origine) Sexe Structure d'âge	Qualifications des émigrants et des immigrants Lieu de travail des émigrants
Stock	Effectif total par profession Nombre de membres d'une profession travaillant dans le secteur de la santé Sexe Structure d'âge	Qualifications Répartition géographique Lieu de travail Durée de séjour

Source: Buchan, Parkin & Sochalski (3).

Il serait moins efficace de définir isolément un ensemble de données minimal permettant de suivre les flux internationaux que de mettre en place un système intégré pour recueillir la totalité des données sur les personnels de santé. En particulier, la première option ne permettrait pas d'évaluer l'impact relatif des flux internationaux par rapport aux flux en provenance et à destination des sources internes et des pays d'accueil. Les pays peuvent en outre souhaiter étudier plus en détail les raisons qui poussent les soignants à émigrer ainsi que leurs plans de carrière. Les outils les plus efficaces à cette fin sont les enquêtes (par exemple en collaboration avec les associations professionnelles, les organismes chargés des enregistrements et les syndicats, ou par le biais de groupes de discussion structurés).

Il est également important de prendre en compte les différents types de migrations, qui n'ont pas toujours les mêmes conséquences politiques. Par exemple, les flux migratoires temporaires de professionnels de santé peuvent augmenter. Les déplacements étant aujourd'hui plus aisés (et moins onéreux), un médecin estonien peut se rendre en Finlande pour y travailler le week-end, ou un généraliste allemand exercer pendant deux jours au Royaume-Uni. Dans la mesure où le système des soins de santé fonctionne 24 heures sur 24, les migrants temporaires peuvent constituer une main-d'œuvre complémentaire pendant les horaires contraignants ou les périodes de forte charge de travail dans des pays d'accueil tels que le Royaume-Uni.

Mesures visant à orienter les flux migratoires

Les pays ont également la possibilité de mettre en œuvre des mesures agissant sur les flux entrants et sortants de professionnels de santé étrangers. Le tableau 7 présente certaines des possibilités d'action. Toutes ces mesures ont fait l'objet de discussions et la plupart d'entre elles ont été mises en œuvre dans certains pays, mais il n'y a quasiment eu aucun travail de recherche et d'évaluation indépendant sur leurs conséquences pour le secteur de la santé.

S'agissant de déterminer quelle mesure ou quel ensemble de mesures sera le plus efficace pour un pays d'origine ou d'accueil donné, force est de constater qu'il n'existe pratiquement aucun travail de recherche publié sur les conséquences des accords bilatéraux ou des règles de déontologie dans le secteur de la santé ou sur les autres mesures associées. La recherche a surtout été axée sur les tendances et les effets de l'émigration en Afrique et il est par conséquent urgent d'œuvrer pour une analyse plus détaillée de ces questions dans le contexte européen. L'absence de recherche et d'évaluation constitue un obstacle politique majeur (12, 14, 49, 50); ; l'une des priorités, pour les décideurs, est d'aider à l'amélioration de la base de connaissances, et ils peuvent pour cela partager les expériences qu'ils ont acquises en utilisant ces mesures et en faisant évaluer leurs effets.

Comme on l'a vu plus haut, l'un des principaux éléments de cette stratégie consiste à obtenir un véritable accord et une collaboration réelle de la part des différents services des gouvernements nationaux, afin que les autorités chargées des finances, de la réglementation, de l'aide au développement, de la santé et de l'immigration, entre autres, coopèrent sur la base d'une orientation générale définie d'un commun accord. Parallèlement, il convient de reconnaître le rôle d'intermédiaire que jouent souvent les agences de recrutement dans la mesure où elles permettent au personnel sanitaire de partir d'un pays pour travailler dans un autre pays, et de les impliquer dans le processus. Certains pays réglementent désormais les agences de recrutement ou ont établi une liste d'agences à privilégier qui ont accepté d'appliquer leur politique nationale en matière de migrations.

Amélioration des politiques et des pratiques en matière de ressources humaines

La migration des professionnels de santé n'est pas un phénomène indépendant des autres dynamiques qui sous-tendent les marchés du travail dans le secteur des soins de santé. Elle ne constitue pas nécessairement un problème en soi, mais peut être le symptôme de problèmes plus profonds au sein des systèmes de santé. Ces problèmes peuvent avoir trait à la fidélisation du personnel soignant (motivation, rémunération), à l'environnement de travail et à une meilleure planification des ressources humaines visant à réduire les sureffectifs ou les sous-effectifs.

Le troisième domaine dans lequel des mesures doivent être prises est donc le domaine plus général des politiques, de la planification et des pratiques en matière de ressources humaines dans les systèmes de santé. Il convient en particulier de garantir à tous les agents de santé un traitement juste et équitable (qu'ils soient formés dans le pays ou à l'étranger) et de veiller à ce que leurs compétences soient utilisées efficacement. L'amélioration des politiques de ressources humaines dans le secteur sanitaire permettra de réduire les effets néfastes que pourraient avoir les migrations sur le bon fonctionnement des systèmes de santé. La prise en charge des difficultés liées à cette amélioration exige une volonté collective (51) et doit s'appuyer sur une évaluation fondée sur les systèmes qui tiennent compte des principales parties intéressées et des relations et interdépendances déterminantes (22,52).

Enfin, il doit être rappelé que l'objectif des mesures existantes et possibles n'est pas d'arrêter les flux migratoires de professionnels de santé (ce qui, de toute façon, est impossible et transcende les notions de droits de la personne et de libertés individuelles), mais de s'efforcer de créer une situation dans laquelle les individus et les pays concernés ont une chance d'aboutir à un résultat satisfaisant. L'objectif des options futures, sans exception, doit être d'ouvrir le champ des possibles et de traiter les problèmes relevés

Tableau 7. Exemples de mesures permettant d'agir sur les migrations de professionnels de santé

Niveau	Caractéristiques
Jumelage	Liens tissés par les établissements de soins dans les pays d'origine et d'accueil sur la base d'échanges de personnel, de formules d'assistance et d'un envoi de ressources vers le pays d'origine
Échanges de personnel	Mutation temporaire et organisée de personnel vers une autre organisation, en fonction de la situation personnelle des intéressés, de leurs perspectives de carrière et des possibilités d'amélioration de l'organisation
Aide en matière d'enseignement	Mise à la disposition de l'organisation d'origine de personnel et/ou de ressources d'enseignement et/ou financement lors de la mutation temporaire
Accord de gouvernement à gouvernement	Accord entre le pays d'accueil et le pays d'origine, par lequel le pays d'accueil 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
Traitement rapide des demandes d'immigration des professionnels de santé au niveau national	Traitement privilégié ou prioritaire accordé aux professionnels de santé sur le plan des critères requis pour immigrer, afin d'accélérer le processus d'immigration et de faciliter le recrutement actif de personnel étranger
Règles de déontologie en matière de recrutement au niveau national	Instauration par le pays d'accueil d'un code de bonnes pratiques limitant le choix de pays parmi lesquels l'employeur peut recruter et/ou la durée du séjour des employés ; les questions liées au champ d'application, au contenu et au respect du code doivent toutes être clairement précisées.
Autosuffisance au niveau national	Élaboration par un pays d'une politique clairement affirmée d'autosuffisance, par la détermination des besoins futurs en main-d'œuvre et la mise au point de méthodes permettant de répondre à ces besoins grâce aux ressources locales
Accord sur la reconnaissance mutuelle des diplômes au niveau national, bilatéral ou multilatéral	Accord sur la reconnaissance mutuelle des diplômes/formations des professionnels de santé, en vue de faciliter les mouvements transfrontaliers de ces professionnels
Compensation	Remboursement ou versement d'une compensation sous une forme ou une autre par le pays d'accueil au pays d'origine, couvrant les conséquences de son recrutement actif (mesure très discutée mais peu appliquée)
Formation pour l'exportation	Décision officielle de la part des pouvoirs publics ou du secteur privé de mettre en place une infrastructure consacrée à la formation des 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
Règles de déontologie internationales	Des règles de déontologie s'appliquant à de nombreux pays, dont l'utilité dépendra du contenu, du champ d'action et du respect ; l'OMS élabore actuellement des règles mondiales

Sources: Dumont & Zurn (4); Buchan & Perfilieva (14).

Conclusions

La présente synthèse a examiné les questions essentielles liées à l'atténuation du rôle néfaste que peuvent avoir les migrations sur l'offre de professionnels de santé au niveau national en Europe. Les données incomplètes disponibles semblent indiquer une tendance à la hausse des flux internationaux dans ce domaine, et prouvent que certains pays cherchent à combler leur déficit de main-d'œuvre en encourageant l'immigration à partir des pays limitrophes ou de pays plus éloignés.

Dans de nombreux pays européens aisés, les tendances démographiques, notamment l'accroissement de la population âgée et le vieillissement des agents de santé, pourraient bien pousser ces pays à encourager activement l'arrivée de nouveaux effectifs au cours des années à venir.

L'évaluation du nombre de professionnels de santé étrangers immigrant dans un pays par rapport aux effectifs existants ou au flux provenant de sources nationales peut aider ce pays à déterminer son degré de dépendance vis-à-vis des travailleurs étrangers qu'il accueille. De même, l'évaluation des flux sortants permet d'estimer les dommages causés par le déficit en professionnels de santé qualifiés.

De toute évidence, l'objectif minimum à atteindre est d'améliorer les données disponibles sur les flux migratoires de professionnels de santé de façon à mettre en place un suivi plus efficace. Il sera ensuite possible d'atteindre le second objectif, à savoir recenser les pays qui peuvent nécessiter une action plus détaillée par le biais de mesures visant à maîtriser le processus, afin de réduire les effets négatifs sur l'offre de professionnels de santé. Enfin, tous les pays ont également un troisième impératif : veiller à ce que les politiques, la planification et les pratiques en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé soient efficaces et garantissent ainsi une meilleure préservation de l'offre de main-d'œuvre.

Références

1. *La mobilité internationale des travailleurs hautement qualifiés*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2002.
2. Stilwell B et al. Developing evidence based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 2003, 1:8.
3. Buchan J, Parkin T, Sochalski J. *International nurse mobility: trends and policy implications*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf, consulté le 15 avril 2008).
4. Dumont J, 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*, SOPEMI ed. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2007.
5. Finding solutions to the human resources for health crisis. *Lancet*, 2008, 371:623–696.
6. *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>, consulté le 30 avril 2008).
7. Mejía A, Pizurki H, Royston E. *Physician and nurse migration: analysis and policy implications*. Report on a WHO study. Geneva, World Health Organization, 1979.
8. Findlay A, Lowell L. *Migration of highly skilled persons from developing countries: impact and policy responses*. Geneva, International Labour Organization, 2002 (International Migration Papers, No. 43).
9. *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 20 avril 2008)
10. Résolution WHA57.19. Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement. In : *Cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-22 mai 2004*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-fr.pdf, consulté le 30 avril 2008).
11. Buchan J. Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Buckingham, Open University Press, 2005.

12. Robinson R. *The costs and benefits of health worker migration from East and Southern Africa (ESA): a literature review*. Harare, EQUINET, 2007 (EQUINET Discussion Paper 49; http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS49HR_robinson.pdf, consulté le 15 avril 2008).

13. Bueno de Mesquita J, Gordon M. *The international migration of health workers: a human rights analysis*. London, Medact, 2005 (<http://www.medact.org/content/Skills%20drain/Bueno%20de%20Mesquita%20and%20Gordon.pdf>, consulté le 15 avril 2008).

14. Buchan J, Perfilieva P. *Health worker migration in the European Region: country case studies and policy implications*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>, consulté le 15 avril 2008).

15. Auriol L, Sexton J. Ressources humaines en sciences et en technologie : mesure et mobilité internationale. In : *La mobilité internationale des travailleurs hautement qualifiés*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2002:13–39.

16. Diallo K. Données sur la migration des agents de santé : sources, utilisations et problèmes. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2004, 82:559–636.

17. Krieger H. *Migration trends in an enlarged Europe*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004.

18. *Conclusions du Conseil sur la Stratégie d'action de l'UE concernant la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement. (session du Conseil AFFAIRES GÉNÉRALES et RELATIONS EXTÉRIEURES, Luxembourg, 10 avril 2006)*. Bruxelles, Conseil de l'Union européenne, 2006 (<http://ue.eu.int/ueDocs/newsWord/fr/gena/89196.doc>, consulté le 30 avril 2008).

19. *EU "blue card" plans criticised*. London, British Broadcasting Corporation, 2008 (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7132366.stm>, consulté le 22 avril 2008).

20. *Résolution du Comité régional de l'OMS EUR/RC57/R1 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, consulté le 30 avril 2008).

21. Wiskow C, ed. *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Geneva International Labour Organization, 2006 (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp245.pdf>, consulté le 15 avril 2008).

22. Karashkevica J, Maurita A. Medical staff manpower reform in Latvia: estimation of the current situation and future needs. In: Rotem A et al., eds. *National health workforce assessment of the past and agenda for the future*. Paris, Centre de Sociologie et de Demographie Médicales, 2006.
23. Rechel B, Dubois C-A, McKee M, eds. *The health care workforce in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89156.pdf>, consulté le 15 avril 2008).
24. Vujicic M, Zurn P. The dynamics of the health labour market. *International Journal of Health Planning and Management*, 2006, 21:101–115.
25. Buchan J, Seccombe I. *Nursing futures, future nurses*. London, Royal College of Nursing, 2008 (http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/145781/Nursing_Futures,_Future_Nurses_report.pdf, consulté le 15 avril 2008).
26. *Investir dans le personnel de santé pour renforcer les systèmes de santé*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2007 (Aide-mémoire 06/07 ; <http://www.euro.who.int/Document/Mediacentre/fs0607f.pdf>, consulté le 30 avril 2008).
27. Clemens MA, Pettersson G. New data on African health professionals abroad. *Human Resources for Health*, 2008, 6:1 (<http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-1.pdf> consulté le 15 avril 2008).
28. Gerlinger T, Schmucker R. Transnational migration of health professionals in the European Union. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007, 23(Suppl. 2):S184–S192.
29. *Health worker retention and migration in east and southern Africa. Regional meeting report, March 17th to 19th, Arusha, Tanzania*. Harare, EQUINET, 2007 (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/REPMTG0307HRH.pdf>, consulté le 14 avril 2008).
30. *Recruitment of health workers. Towards global solidarity*. Oslo, Directorate of Health and Social Affairs, 2007 (http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490E_18611a.pdf, consulté le 15 avril 2008).
31. Delhey J. *Life satisfaction in an enlarged Europe*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004.
32. Vujicic M et al. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health*, 2004, 2:3.

33. Alber J, Fahey T. . *Perceptions des conditions de vie dans une Europe élargie*. Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2004 (<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/113/fr/1/ef03113fr.pdf>, consulté le 30 avril 2008).
34. De Veer A, Den Ouden D, Francke A. Experiences of foreign European nurses in the Netherlands. *Health Policy*, 2004, 68:1.
35. Buchan J et al. Internationally recruited nurses in London: a survey of career paths and plans. *Human Resources for Health*, 2006, 4:14 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1526449&blobtype=pdf>, consulté le 15 avril 2008).
36. Marino M. Foreign nurses hired as shortage bites. *The Age*, 15 December 2002.
37. Daniel P, Chamberlain A, Gordon F. Expectations and experiences of newly recruited Filipino nurses. *British Journal of Nursing*, 2001, 10:254–265.
38. Simmgen M. Why German doctors enjoy British medicine. *Clinical Medicine*, 2004, 4:57–59.
39. Blitz B. 'Brain circulation': the Spanish medical profession and international medical recruitment in the United Kingdom. *Journal of European Social Policy*, 2005, 15:363–379.
40. Brush B, Sochalski J. International nurse migration: lessons from the Philippines. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 2007, 8:37–46.
41. Galan A (2006) Romania case study. In: Wiskow C, ed. *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Geneva International Labour Organization, 2006 (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp245.pdf>, consulté le 15 avril 2008).
42. *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals*. London, Department of Health, 2004 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4097730, consulté le 15 avril 2008).
43. *The nursing and midwifery resource – guidance for best practice on the recruitment of overseas nurses and midwives*. Dublin, Department of Health & Children, 2002 (http://www.dohc.ie/publications/recruitment_of_overseas_nurses_and_midwives.html, consulté le 15 avril 2008).

44. *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals in Scotland*. Edinburgh, Scottish Executive, 2006 (www.bda.org/about/docs/Code%20of%20Prac%20for%20Int%20Recruit%20of%20Hcare%20Prof.pdf, consulté le 15 avril 2008).
45. *Position statement on ethical nurse recruitment*. Geneva, International Council of Nurses, 2001 (<http://www.icn.ch/psrecruit01.htm>, consulté le 15 avril 2008).
46. *A Code of Practice for the International Recruitment of Health Professionals: the Melbourne Manifesto*. Singapore, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), 2002 (http://nrha.ruralhealth.org.au/cms/uploads/publications/melbourne_manifesto.pdf, consulté le 15 avril 2008).
47. *EFN good practice guidance for international nurse recruitment*. Brussels, European Federation of Nurses, 2004 (<http://www.efnweb.org/version1/en/documents/EFNGoodPracticeGuidanceforRecruitment.doc>, consulté le 15 avril 2008).
48. *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. London, Commonwealth Secretariat, 2003 (http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/{7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A}_CommonwealthCodeofPractice.pdf, consulté le 15 avril 2008).
49. Pagett C, Padarath A. *A review of codes and protocols for the migration of health workers*. Harare, EQUINET, 2007 (EQUINET Discussion paper No. 50; <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/Dis50HRpagett.pdf>, consulté le 15 avril 2008).
50. McIntosh T, Torgerson R, Klassen N. *The ethical recruitment of internationally educated health professionals: lessons from abroad and options for Canada*. Ottawa, Canadian Policy Research Networks, 2007 (Research Report H/11 Health Network; http://www.cprn.org/documents/46781_en.pdf, consulté le 15 avril 2008).
51. Buchan J. What difference does ("good") HRM make? *Human Resources for Health*, 2004, 2:6 (<http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-2-6.pdf>, consulté le 15 avril 2008).
52. Dal Poz M et al. Addressing the health workforce crisis: towards a common approach. *Human Resources for Health*, 2006, 4:21 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/21>, consulté le 15 avril 2008).

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhague Ø,
Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17
Fax : +45 39 17 18 18
Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

La présente publication fait partie de la série de synthèses élaborées conjointement par le Réseau des bases factuelles en santé et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Destinée principalement aux responsables politiques en quête de communications inspirant l'action, cette série de synthèses aborde des questions du type : y a-t-il un problème et pourquoi ; que sait-on des conséquences probables liées à l'adoption de stratégies spécifiques en vue d'appréhender le problème et comment, en prenant dûment en compte les considérations relatives à la mise en œuvre des politiques, ces stratégies peuvent-elles être combinées pour constituer des options politiques réalisables.

Cette série, qui développe les rapports de synthèse du Réseau et les synthèses de l'Observatoire, se fonde sur un examen et une évaluation rigoureux des bases factuelles disponibles grâce à la recherche, ainsi que sur une appréciation de leur pertinence dans les contextes européens. Ces synthèses n'ont pas pour objectif de proposer des modèles idéaux ou de préconiser des approches mais visent, par la synthèse de bases factuelles essentielles et leur interprétation en termes de pertinence au regard de la politique, à communiquer des messages à propos des choix de politique éventuels.

Le **Réseau des bases factuelles** en santé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe constitue une source fiable d'informations factuelles à l'adresse des responsables politiques des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Il fournit en temps opportun des réponses à des questions politiques dans le domaine de la santé publique, des soins de santé et des systèmes de santé, et ce sous forme de rapports fondés sur des bases factuelles, de synthèses, de résumés ou de notes, et propose sur son site Web un accès facile à des bases factuelles et à des informations en provenance d'un certain nombre de sites Web, de bases de données et de documents (<http://www.euro.who.int/HEN?language=French>).

L'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** est un partenariat qui soutient et promeut l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles, à la faveur d'une analyse approfondie et rigoureuse des systèmes de santé dans la Région européenne. Il rassemble un large éventail de décideurs politiques, d'universitaires et de praticiens pour analyser les tendances de la réforme des systèmes de santé, et ce en exploitant l'expérience acquise dans toute l'Europe pour faire la lumière sur les questions de politique. Les produits de l'Observatoire sont disponibles sur son site Web (<http://www.euro.who.int/observatory>).