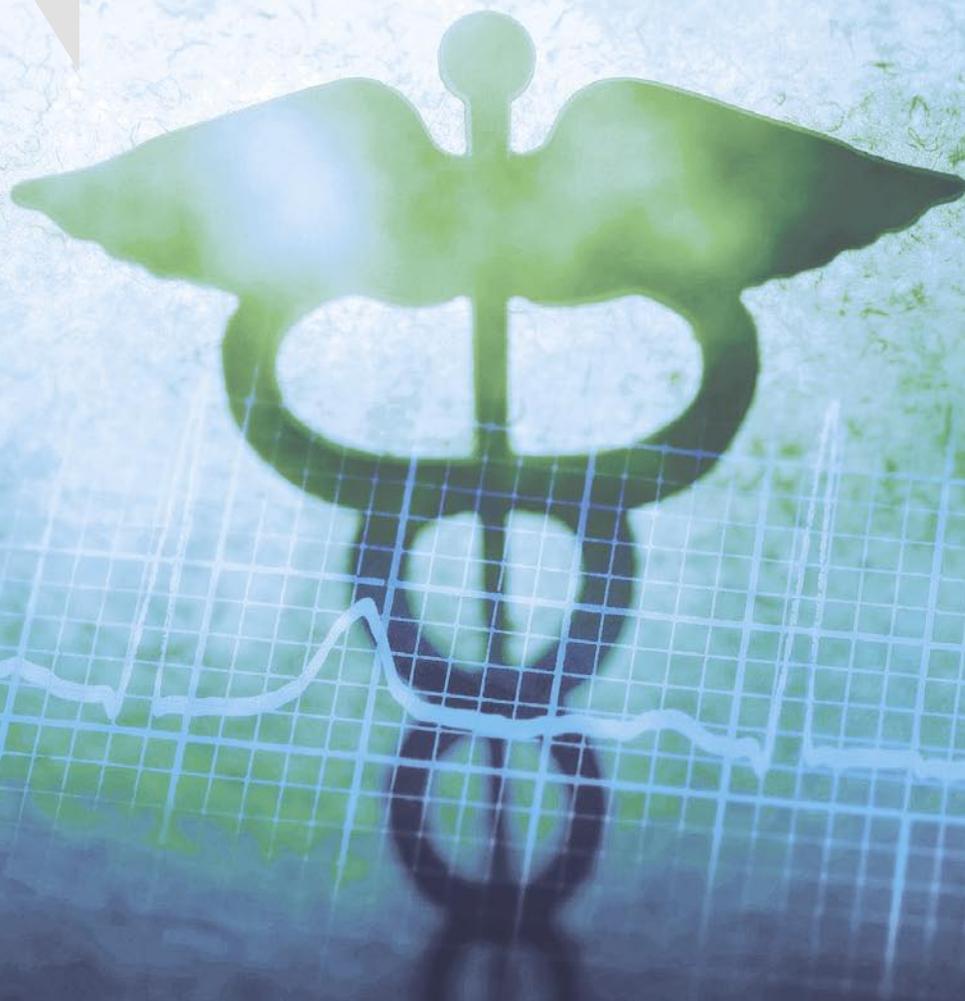




Études de l'OCDE sur les politiques de santé

Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE

COMMENT RÉPONDRE À LA CRISE
IMMINENTE ?



Études de l'OCDE sur les politiques de santé

Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE

COMMENT RÉPONDRE
À LA CRISE IMMINENTE ?



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements de 30 démocraties œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Publié en anglais sous le titre :

OECD Health Policy Studies

The Looming Crisis in the Health Workforce

HOW CAN OECD COUNTRIES RESPOND?

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : www.oecd.org/editions/corrigenda.

© OCDE 2008

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenue auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.

Avant-propos

Le présent ouvrage porte sur les liens existant entre les migrations internationales de professionnels de la santé – tant à l'intérieur de la zone OCDE qu'entre le reste du monde et les pays membres – et les politiques des pays de l'OCDE à l'égard de ces professionnels. L'offre de main-d'œuvre dans ce domaine, en particulier celle des médecins et des infirmières, est évaluée au regard de son évolution par rapport à la demande dans différents pays, en mettant en évidence les migrations parmi d'autres formes d'arrivée et de départ des personnels de santé.

Ce rapport est l'un des principaux résultats d'un projet mené par l'OCDE en collaboration avec l'OMS entre 2005 et 2008 et consacré aux politiques et migrations internationales des professionnels de la santé. Il s'appuie sur diverses analyses de l'OCDE et en constitue la synthèse. On utilise tout d'abord les conclusions d'un chapitre de l'édition 2007 des Perspectives des migrations internationales sur « Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés », qui concernait les flux migratoires récents et les politiques à l'égard des professionnels de la santé dans les pays membres à partir de données relatives au nombre de docteurs et d'infirmières en fonction de leurs pays d'origine/de formation. L'analyse repose ensuite sur des études de cas concernant les politiques de la main-d'œuvre et les migrations internationales au Canada, aux États-Unis, en France, en Italie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Enfin, des analyses précédentes de l'OCDE concernant l'offre de médecins dans les pays de l'OCDE, les mesures permettant de combler les pénuries d'infirmiers, et la répartition des compétences parmi les professionnels de la santé sont examinées, de même que des rapports et des publications scientifiques pertinentes.

À l'OCDE, ces travaux ont été menés en commun, au sein de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, par la Division de la santé et la Division des économies non membres et des migrations internationales. Les principaux auteurs du rapport sont, par ordre alphabétique, Francesca Colombo, Jean-Christophe Dumont, Jeremy Hurst et Pascal Zurn. Christine Le Thi a apporté son aide dans le domaine statistique, et Gabrielle Luthy a mené les tâches de secrétariat. L'équipe souhaite remercier Elizabeth Docteur, Martine Durand, Jean-Pierre Garson, John Martin et Peter Scherer pour leur appui et leurs conseils.

Remerciements

Le Projet de l'OCDE sur les personnels de santé et les migrations a été en partie financé par les cotisations régulières des pays membres de l'OCDE. Des contributions volontaires supplémentaires au projet ont été effectuées par les pays membres suivants : Australie, Canada, Nouvelle-Zélande et Suisse.

Le projet a été entrepris conjointement par l'OCDE et l'Organisation mondiale de la santé : un des auteurs de ce rapport, Pascal Zurn, a été détaché par l'OMS pour travailler avec l'OCDE sur ce projet. Notre reconnaissance va aux autorités suisses pour la contribution financière qui a permis ce détachement.

Le projet a été également cofinancé par une subvention de la Direction générale de santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne. Néanmoins, les points de vue exprimés dans le présent rapport ne doivent pas être considérés refléter la position officielle de l'Union européenne.



Table des matières

Introduction et principaux constats	9
Chapitre 1. Démographie du personnel de santé : tour d’horizon.	13
1. Disparités entre pays et évolution de la densité de médecins et d’infirmiers	14
2. Projections de l’offre et de la demande de médecins et d’infirmiers	19
Notes	22
Chapitre 2. Politiques de recrutement international et de formation nationale des travailleurs de santé : mieux comprendre les interactions.	23
1. Formation du personnel de santé: des taux de formation fluctuants et contrôlés	25
2. Migrations internationales de médecins et d’infirmiers	30
Notes	39
Chapitre 3. Améliorer l’utilisation et la mobilisation des compétences professionnelles existantes	41
1. Retenir les professionnels de santé	42
2. Améliorer l’intégration au sein du personnel de santé	48
3. Adapter la répartition des fonctions	52
4. Améliorer la productivité du personnel de santé	54
5. Quelques exemples de bonnes pratiques	59
Notes	60
Chapitre 4. Mobilité internationale des travailleurs de la santé : interdépendance et défis d’ordre éthique	61
1. Impact transnational des recrutements de travailleurs de santé étrangers.	62
2. Le recrutement international des professionnels de la santé : préoccupations éthiques	67
Notes	79
Chapitre 5. Conclusion : la marche à suivre	83
1. Développer la formation	84
2. Favoriser le maintien en poste et retarder le départ à la retraite	85
3. Accroître la productivité	85
4. Recruter à l’échelle internationale	85
Références	87

Annexe A.	Structure par âge des médecins et infirmiers dans une sélection de pays de l'OCDE, 1995, 2000 et 2005	93
Annexe B.	Évolution du nombre de Diplômés des écoles de médecine et d'infirmiers et du nombre de médecins et d'infirmiers immigrés dans une sélection de pays de l'OCDE, 1995-2005	96
Annexe C.	Systèmes de formation des médecins et des infirmiers dans une sélection de pays de l'OCDE	101

Encadrés

1.1.	Diminution du réservoir de cohortes jeunes	20
2.1.	Évolution des admissions dans l'enseignement médical : les exemples pas si opposés de l'Australie et de la France	28
2.2.	Politiques en matière de migration des travailleurs de santé	31
2.3.	Les chiffres en valeur absolue sont également importants	34
2.4.	Modélisation des déterminants de la contribution des médecins formés à l'étranger aux effectifs de personnels de santé	38
3.1.	Les différentes approches de la reconnaissance des diplômes étrangers	49
3.2.	Rétention des professionnels de santé nés à l'étranger	51
3.3.	Les facteurs et pratiques qui influencent la productivité des professionnels ..	55
4.1.	Conséquences de l'élargissement récent de l'Union européenne pour les migrations de travailleurs de la santé	64

Tableau

2.1.	Importance relative de la migration des professionnels de la santé (à l'exception des infirmiers) par rapport à l'ensemble des diplômés de l'enseignement supérieur, autour de 2000	33
------	---	----

Graphiques

1.1.	Médecins en activité pour 1 000 habitants, 2005 ou dernière année disponible	14
1.2.	Infirmiers en activité pour 1 000 habitants, 2005 ou dernière année disponible	15
1.3.	Variation de la densité de médecins en activité, 1975-1990 et 1990-2005	16
1.4.	Variation de la densité d'infirmiers en activité, 1975-1990 et 1990-2005	17
1.5.	PIB par habitant en termes réels et densité des médecins en activité dans quelques pays de l'OCDE, 1975 à 2005	18
1.6.	Pourcentages de femmes médecins dans les pays de l'OCDE, 1990 et 2004	19
2.1.	Flux entrants et sortants du stock de médecins et infirmiers	24
2.2.	Nombre de nouveaux diplômés en médecine pour 1 000 médecins, dans quelques pays de l'OCDE, 1985 à 2005	27
2.3.	Nombre de nouveaux diplômés infirmiers pour 1 000 infirmiers dans quelques pays de l'OCDE, 1985 à 2005	30
2.4.	Taux d'immigration et d'émigration des professionnels de la santé (sauf infirmiers) dans quelques pays de l'OCDE, autour de 2000	32

2.5. Taux d'immigration et d'émigration des infirmiers dans quelques pays de l'OCDE, autour de 2000	32
2.6. Contribution des médecins formés à l'étranger à l'augmentation nette du nombre de médecins en activité dans quelques pays de l'OCDE	35
3.1. Variations régionales de la densité de médecins	45
3.2. Évolution du ratio infirmiers/médecin entre 1990 et 2005 ou dernière année disponible	53
3.3. Relation entre la densité de généralistes et le nombre annuel de visites par généraliste	56
4.1. Part des médecins et infirmiers nés à l'étranger originaires de la zone OCDE, autour de 2000	63
4.2. Migration des infirmiers au sein de l'OCDE : un modèle en cascade, autour de 2000	64
4.3. Rémunération des médecins généralistes dans quelques pays de l'OCDE, 2004 ou année la plus proche	65
Carte 4.1. Taux d'expatriation des docteurs par pays d'origine	70
Carte 4.2. Taux d'expatriation des infirmiers par pays d'origine	71

Ce livre contient des...



StatLinks 

**Accédez aux fichiers Excel®
à partir des livres imprimés !**

En bas à droite des tableaux ou graphiques de cet ouvrage, vous trouverez des *StatLinks*. Pour télécharger le fichier Excel® correspondant, il vous suffit de retranscrire dans votre navigateur Internet le lien commençant par : <http://dx.doi.org>.

Si vous lisez la version PDF de l'ouvrage, et que votre ordinateur est connecté à Internet, il vous suffit de cliquer sur le lien.

Les *StatLinks* sont de plus en plus répandus dans les publications de l'OCDE.

Introduction et principaux constats

Introduction

Pour répondre à la demande en personnels de santé, les pays de l'OCDE seront confrontés, au cours des vingt prochaines années, à un défi sans précédent. Ce défi intervient dans un monde qui se caractérise déjà par des migrations internationales importantes des personnels de santé tant entre les pays de l'OCDE qu'entre certains pays en développement et la zone de l'OCDE. Il est probable que l'accroissement ou le fléchissement de ces flux migratoires sur les vingt prochaines années dépendra, dans une large mesure, des politiques adoptées par chacun des pays de l'OCDE en matière de ressources humaines et d'immigration.

Des efforts accrus de formation au niveau national pourraient contribuer à combler l'écart entre l'offre et la demande, réduisant ainsi l'effet d'attraction pour les migrants. Mais la durée des études de médecine risque de limiter l'impact potentiel à court terme de ces efforts. Les migrations continueront probablement à jouer un rôle, du moins dans certains pays de l'OCDE, dans la gestion des déséquilibres temporaires ou des déséquilibres régionaux. Cependant, d'autres politiques nationales en matière de gestion des ressources humaines peuvent également apporter un élément de réponse à la demande croissante de travailleurs de la santé. Une meilleure rétention des personnels de santé, une adaptation de la répartition des compétences ou une meilleure utilisation des titulaires de diplômes étrangers pourrait, dans une certaine mesure, aider à faire concorder l'offre et la demande de travailleurs de la santé. Dans ce contexte, il faut identifier les bonnes pratiques et évaluer dans quelle mesure elles sont transposables.

En tout état de cause, la gestion des ressources humaines en matière de santé ne peut s'analyser de manière isolée, compte tenu du fait que les pays sont de plus en plus interdépendants via les migrations internationales de travailleurs hautement qualifiés en général et des professionnels de santé en particulier. Le souci d'équité par rapport aux pays à faible revenu, dont certains sont confrontés à de graves pénuries de médecins et d'infirmiers, se développe également. Ce qui plaide fortement en faveur d'une meilleure coopération internationale.

Les facteurs d'impulsion dans les pays d'origine contribuent également à générer des flux migratoires élevés. Cependant, les politiques des pays d'origine en matière de personnels de santé ne sont pas l'objet central de ce rapport. Ce qui ne veut pas dire pas que ce rapport ne se préoccupe pas de ces questions importantes et complexes. En fait, dans la mesure où ces facteurs d'impulsion sont un élément clé du débat international sur la gestion des personnels de santé, ils sont appréhendés dans ce rapport au travers de la discussion sur les politiques.

Ce rapport analyse les migrations internationales et la formation des travailleurs de la santé dans le contexte des autres politiques de l'emploi, en se focalisant sur les médecins et les infirmiers*. Le chapitre 1 passe en revue l'évolution récente et attendue de la densité de médecins et d'infirmiers. Le chapitre 2 analyse les politiques d'éducation et d'immigration et leurs interactions, à la lumière des évolutions passées. Le chapitre suivant examine les autres politiques en matière de personnels de santé visant à utiliser efficacement les ressources disponibles dans le secteur de la santé. Les difficultés liées aux dimensions d'équité internationale et d'interdépendance sont discutées au chapitre 4. Le dernier chapitre propose, en conclusion, différentes options pour répondre aux besoins futurs de personnels de santé.

Principaux constats

- Sur les quinze dernières années, les taux de croissance moyens de la densité de médecins et d'infirmiers dans la zone OCDE se sont fortement ralentis par rapport aux quinze années précédentes. L'évolution du nombre de médecins s'est accompagnée d'une modification du nombre d'heures travaillées, d'une féminisation grandissante de la profession, d'une spécialisation accrue et d'un nombre croissant de départs à la retraite de travailleurs de la santé.
- Autour de l'an 2000, plusieurs pays de l'OCDE ont fait état de pénuries de médecins et d'infirmiers et publié des projections qui suggèrent des pénuries futures de travailleurs de la santé.
- Les projections de population des Nations Unies donnent à penser que dans les vingt prochaines années les cohortes de jeunes vont diminuer dans de nombreux pays de l'OCDE, ce qui va vraisemblablement accroître la concurrence entre secteurs pour recruter des étudiants les plus brillants.
- En dépit de différences dans l'organisation de l'enseignement médical et infirmier, la plupart des pays de l'OCDE exercent une forme de contrôle sur le nombre d'étudiants, en plafonnant le nombre total de places ou en limitant le soutien financier au système éducatif médical. Dans de nombreux pays de l'OCDE, le nombre des admissions dans les écoles de médecine a suivi une courbe en U, avec une baisse dans les années 80 et le début des années 90 et une hausse vers la fin de la dernière décennie. Du fait de la durée de la formation, ce n'est que récemment que la hausse est devenue perceptible dans les taux d'obtention de diplômés d'un petit nombre de pays. En fait, dans la zone OCDE, le nombre moyen de diplômés des écoles de médecine a été en 2005 inférieur à celui de 1985.
- Au vu de l'évolution démographique et de l'accroissement des revenus, il se peut qu'en dépit d'une progression récente des taux de formation des médecins et des infirmiers, on assiste dans les années à venir à l'émergence d'écarts entre la demande et l'offre de professionnels de santé. Il faut donc continuer à mettre l'accent sur le maintien de la capacité de formation de médecins et d'infirmiers.

* Les flux migratoires et la gestion de la main-d'œuvre concernent également d'autres catégories importantes de professionnels de santé comme les pharmaciens, les dentistes, les physiothérapeutes mais aussi les soignants qui s'occupent des personnes âgées dépendantes. Ce rapport se concentre sur les médecins et les infirmiers, deux catégories pour lesquelles des données ont été collectées et peuvent être présentées en appui de l'analyse. Toutefois, certaines données concernant les pharmaciens et les dentistes nés à l'étranger, collectées pour l'année 2000, ont été rapportées dans d'autres travaux de l'OCDE (Dumont et Zurn, 2007).

- La contribution des médecins formés à l'étranger aux variations de l'ensemble des effectifs de médecins est importante et s'accroît au fil des ans dans de nombreux pays de l'OCDE. Dans plusieurs de ces pays, l'immigration a fortement augmenté à peu près au moment où des pénuries ont été identifiées à la fin des années 90. Continuer à compter, voire compter encore plus, sur les professionnels de santé immigrés pourrait rendre les systèmes de santé de certains pays de l'OCDE trop dépendants à l'égard de l'immigration.
- Il ne faut pas considérer que les politiques en matière d'immigration et de formation sont les seules solutions possibles. D'autres politiques visant à mieux utiliser les personnels de santé disponibles s'imposent également. On pourrait notamment : i) accroître la rétention des personnels (en particulier par de meilleures politiques d'organisation et de gestion des effectifs, notamment dans les régions reculées et les zones rurales); ii) prendre des mesures visant à une meilleure intégration des professionnels de santé immigrés (en particulier en incitant les professionnels de santé qui ont quitté le secteur à y revenir, en améliorant les procédures de reconnaissance des diplômes étrangers et, si nécessaire, en complétant leur formation); iii) adopter une répartition des compétences plus efficace (en particulier en développant le rôle des auxiliaires médicaux et des infirmiers qui exercent à un niveau avancé); et iv) améliorer la productivité (en particulier en imposant une rémunération liée à la performance). Les pays auront probablement à choisir et combiner ces différentes politiques, en fonction de la flexibilité de leur marché des travailleurs de santé, des contraintes institutionnelles et des coûts.
- Une plus grande mobilité internationale et l'apparition de pénuries de professionnels de santé dans de nombreux pays de l'OCDE et à l'échelle mondiale ont conduit à s'inquiéter de l'interdépendance entre les pays pour la gestion des ressources humaines du secteur de la santé. Il y a assurément un risque d'exportation des pénuries au sein de la zone OCDE et au-delà. Cette demande excédentaire risque de se tourner vers des pays parmi les plus pauvres du monde. Ce risque existe également dans le cas où les pays de l'OCDE attirent des travailleurs de santé provenant principalement d'un nombre limité de pays d'origine dans lesquels l'offre est importante et où les programmes de formation visent à « exporter » les professionnels de santé.
- Même si la pénurie mondiale de personnel de santé va bien au-delà des problèmes de migration, les migrations internationales peuvent contribuer à aggraver les problèmes dans certains pays qui ont au départ une faible densité de professionnels de santé. Cela pose des problèmes d'équité. Cependant, les stratégies et les pratiques mises en place aux niveaux national et international, comme les codes de conduite, pose des problèmes conceptuels et de mise en œuvre pratique non résolus à ce jour. Des initiatives en matière de développement international peuvent aider à renforcer les systèmes de santé dans les pays d'origine, atténuant ainsi les facteurs qui poussent les professionnels de santé à partir.
- Les différentes solutions possibles pour s'attaquer aux déséquilibres structurels entre l'offre et la demande de professionnels de santé ne peuvent pas être considérées sur le même plan, dans la mesure où leur mise en œuvre implique des arbitrages entre différents objectifs d'action, tant au niveau national qu'international.
- Cela milite donc fortement en faveur d'un meilleur suivi et d'une meilleure communication sur les politiques et les mouvements de professionnels de santé entre

les pays, pour diagnostiquer les déséquilibres potentiels entre l'offre et la demande sur le marché mondial des travailleurs de santé et améliorer les perspectives de coordination internationale.

Chapitre 1

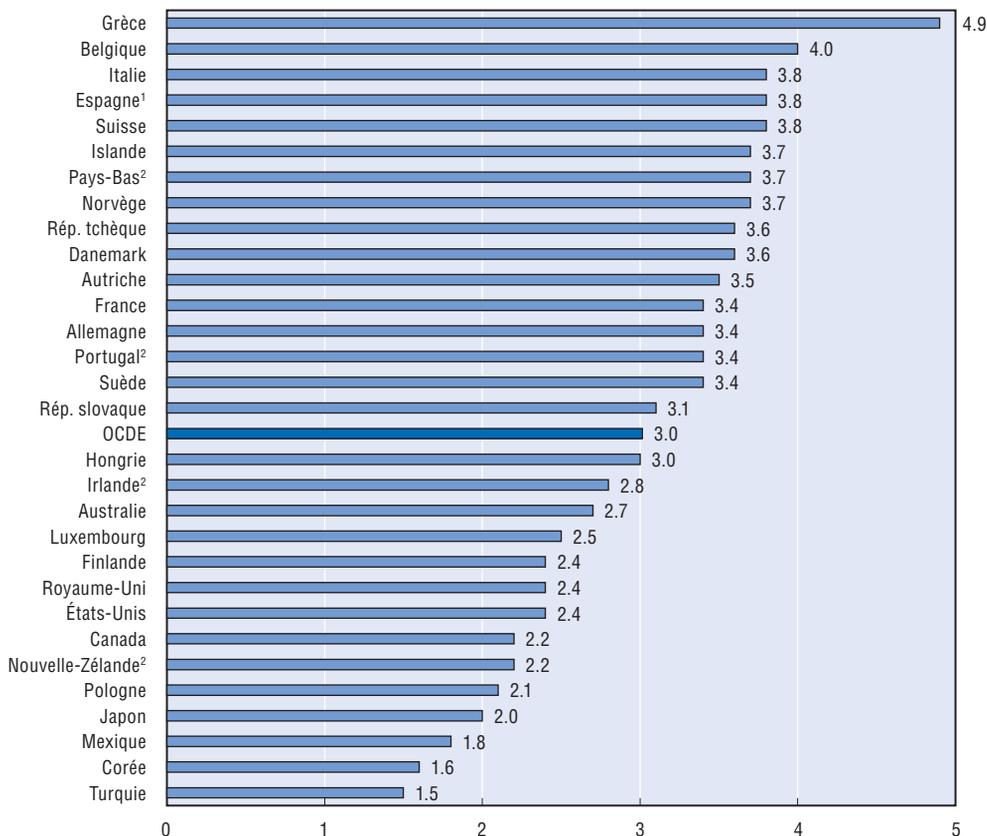
Démographie du personnel de santé : tour d'horizon

Le chapitre 1 passe en revue l'évolution récente et attendue de la densité de médecins et d'infirmiers. En moyenne, on a observé une croissance prolongée de la densité de médecins et d'infirmiers dans les pays de l'OCDE durant les trente dernières années mais cette croissance s'est fortement ralentie dans la deuxième moitié de la période. Les politiques visant à maîtriser les coûts, comme le contrôle à l'entrée des écoles de médecine dans le cas des médecins, et la fermeture de lits d'hôpitaux, dans le cas du personnel infirmier, peuvent expliquer en grande partie ce ralentissement. En 2000, plusieurs pays de l'OCDE faisaient état de pénuries de médecins et d'infirmiers et certaines projections publiées de l'offre et de la demande de médecins donnaient à penser qu'avec les départs en retraite anticipée des travailleurs de la santé et la demande croissante de services de santé, les pénuries allaient s'aggraver si l'on ne faisait pas un effort de formation. Selon les projections de population des Nations Unies, la part des cohortes de jeunes dans la population va décroître dans de nombreux pays de l'OCDE entre 2005 et 2025.

1. Disparités entre pays et évolution de la densité de médecins et d'infirmiers

On observe actuellement une grande disparité dans la densité de médecins et d'infirmiers dont font état les pays de l'OCDE. Le graphique 1.1 montre qu'en 2005, le nombre de médecins en activité pour 1 000 habitants était supérieur à trois, s'échelonnant entre 1.5 en Turquie et 4.9 en Grèce en 2005. La densité moyenne OCDE était de 3.0. Le graphique 1.2 montre qu'en 2005 toujours, pour les infirmiers, l'intervalle signalé de variation de la densité était supérieur à huit, le nombre de praticiens pour 1 000 habitants s'échelonnant entre 1.8 en Turquie et 15.4 en Norvège. La densité moyenne pour la zone OCDE était de 8.9¹.

Graphique 1.1. **Médecins en activité pour 1 000 habitants, 2005 ou dernière année disponible**

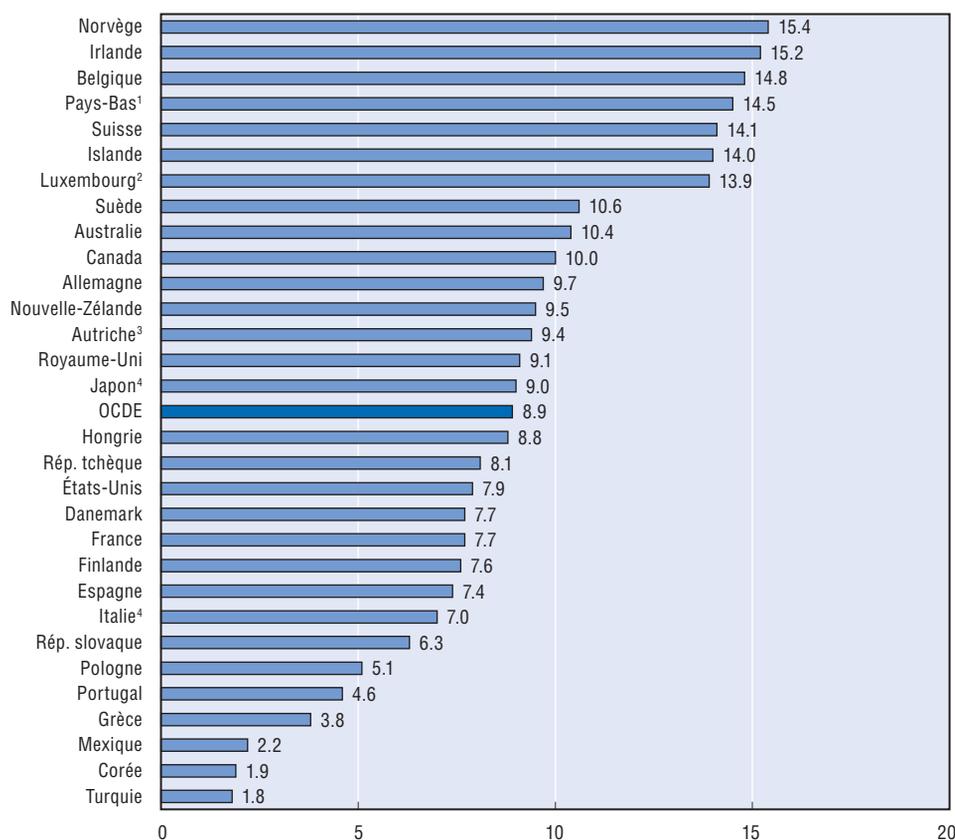


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448434267668>

1. Le chiffre pour l'Espagne inclut les dentistes et les stomatologistes.
2. L'Irlande, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Portugal ont fourni des chiffres sur tous les médecins autorisés à pratiquer plutôt que sur ceux qui sont en exercice.

Source : OCDE (2007b), *Panorama de la santé*, Paris.

Graphique 1.2. **Infirmiers en activité pour 1 000 habitants, 2005 ou dernière année disponible**



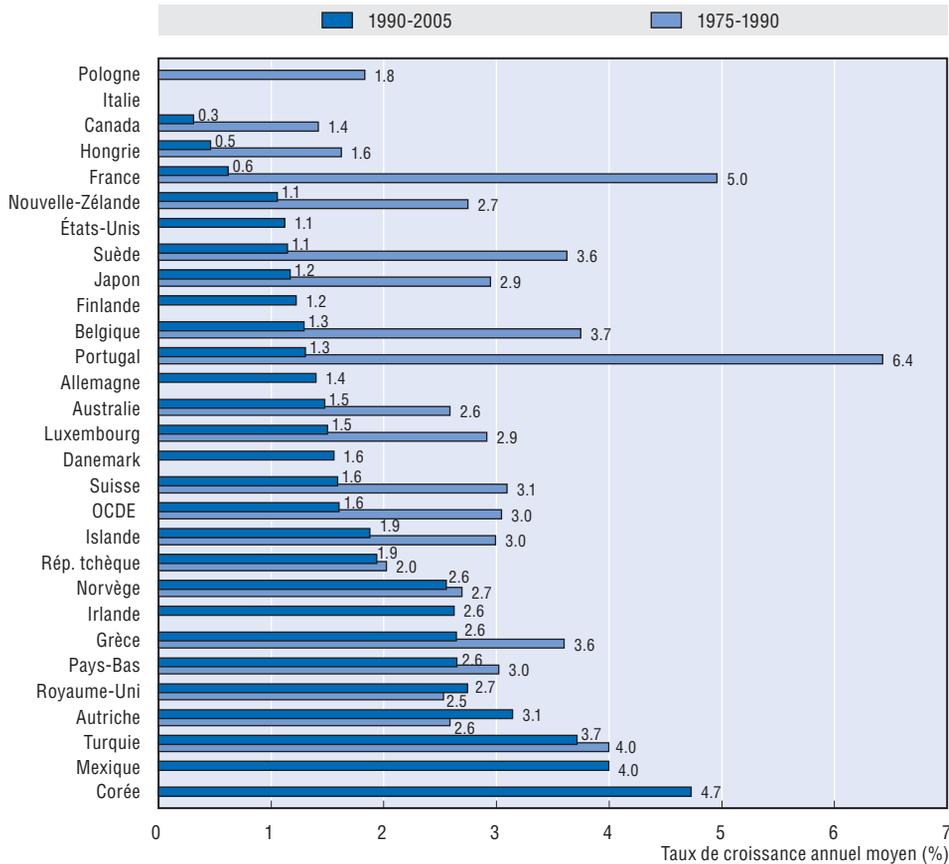
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448447587336>

1. Les Pays-Bas ont fourni des chiffres sur tous les infirmiers autorisés à pratiquer et non pas uniquement sur les infirmiers en exercice.
2. Le Luxembourg inclut les aides-soignantes.
3. L'Autriche ne prend en compte que le personnel infirmier employé dans les hôpitaux.
4. Pour le Japon et l'Italie, le taux annuel moyen de croissance a été calculé sur la base d'une période légèrement différente afin d'éviter les ruptures de séries résultant de modifications méthodologiques.

Source : OCDE (2007b), *Panorama de la santé*, Paris.

Le graphique 1.3 montre que, au cours des trente dernières années, la densité de médecins a progressé durablement dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données. Dans la plupart des pays de l'OCDE, cette densité a progressé plus vite sur les 15 années de la période 1975-1990 (taux moyen légèrement supérieur à 3.0 % par an) que sur les 15 années qui ont suivi (1990-2005) où la moyenne est tombée à 1.6 % par an. Le graphique 1.4 montre que, dans le cas des infirmiers, la densité moyenne a également progressé plus vite sur la première période (1975-1990) que sur la seconde (1990-2005) : 2.6 % par an en moyenne contre 1.6 %.

Sur les vingt à trente dernières années, l'augmentation du nombre des médecins a été influencée par une conjugaison de facteurs incluant une évolution de la demande (elle-même tirée par des facteurs tels que l'augmentation des revenus, l'évolution des technologies médicales, le vieillissement démographique) et certains facteurs de l'offre (tels que la mise en place de contrôles à l'entrée des écoles de médecine², l'immigration et l'émigration et l'évolution de la productivité des médecins).

Graphique 1.3. **Variation de la densité de médecins en activité, 1975-1990 et 1990-2005**

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448463618580>

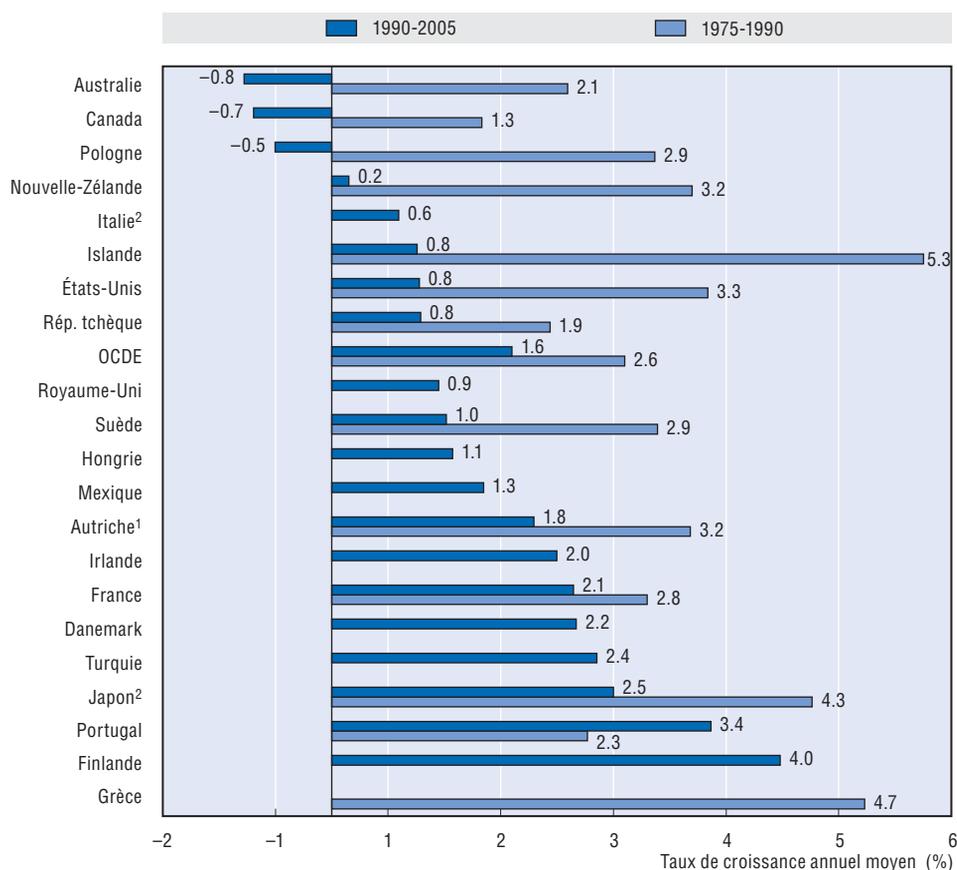
Note : L'Irlande, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Portugal ont fourni des chiffres sur tous les médecins autorisés à pratiquer plutôt que sur ceux qui sont en exercice.

La moyenne OCDE est calculée sur la base de 20 pays.

Source : Eco-Santé OCDE 2007.

De façon générale, la croissance moyenne de la densité de médecins a été inférieure à la croissance moyenne des dépenses réelles de santé par habitant dans la zone OCDE mais elle a été plus rapide que l'incidence probable du vieillissement démographique sur les dépenses de santé³, excepté dans quelques pays où l'on observe un vieillissement important de la population des patients (voir graphique 1.5).

L'évolution du nombre d'heures travaillées par médecin a probablement joué sur l'augmentation de la demande en termes d'effectifs. À titre anecdotique, on dit souvent qu'aujourd'hui les jeunes médecins veulent travailler moins que ceux qui les ont précédés. L'enquête Eurostat sur les forces de travail (OCDE, 2006a) n'a guère fourni d'indications sur l'évolution du nombre moyen d'heures travaillées par les médecins dans une sélection de pays européens entre 1992 et 2000. Des changements ont été apportés aux textes de loi réglementant les horaires de travail des jeunes médecins ou autres professionnels de la santé en général au sein de l'Union européenne avec la Directive européenne sur le temps de travail⁴ mais également aux États-Unis⁵. En Australie, toutefois, le nombre moyen d'heures de travail hebdomadaires pour les cliniciens est tombé de 48 en 1997 à 44.6 en 2003, soit une baisse de l'ordre de 7 % (Lennon, 2005). Une étude réalisée à Winnipeg (Canada) donne à penser que les

Graphique 1.4. **Variation de la densité d'infirmiers en activité, 1975-1990 et 1990-2005**

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448503710735>

Note : La moyenne OCDE est calculée sur la base de 12 pays.

1. L'Autriche ne prend en compte que les infirmiers employés dans les hôpitaux.

2. Le calcul du taux de croissance annuel moyen pour l'Italie et le Japon est basé sur une période légèrement différente, afin d'éviter des ruptures de séries résultant de modifications méthodologiques.

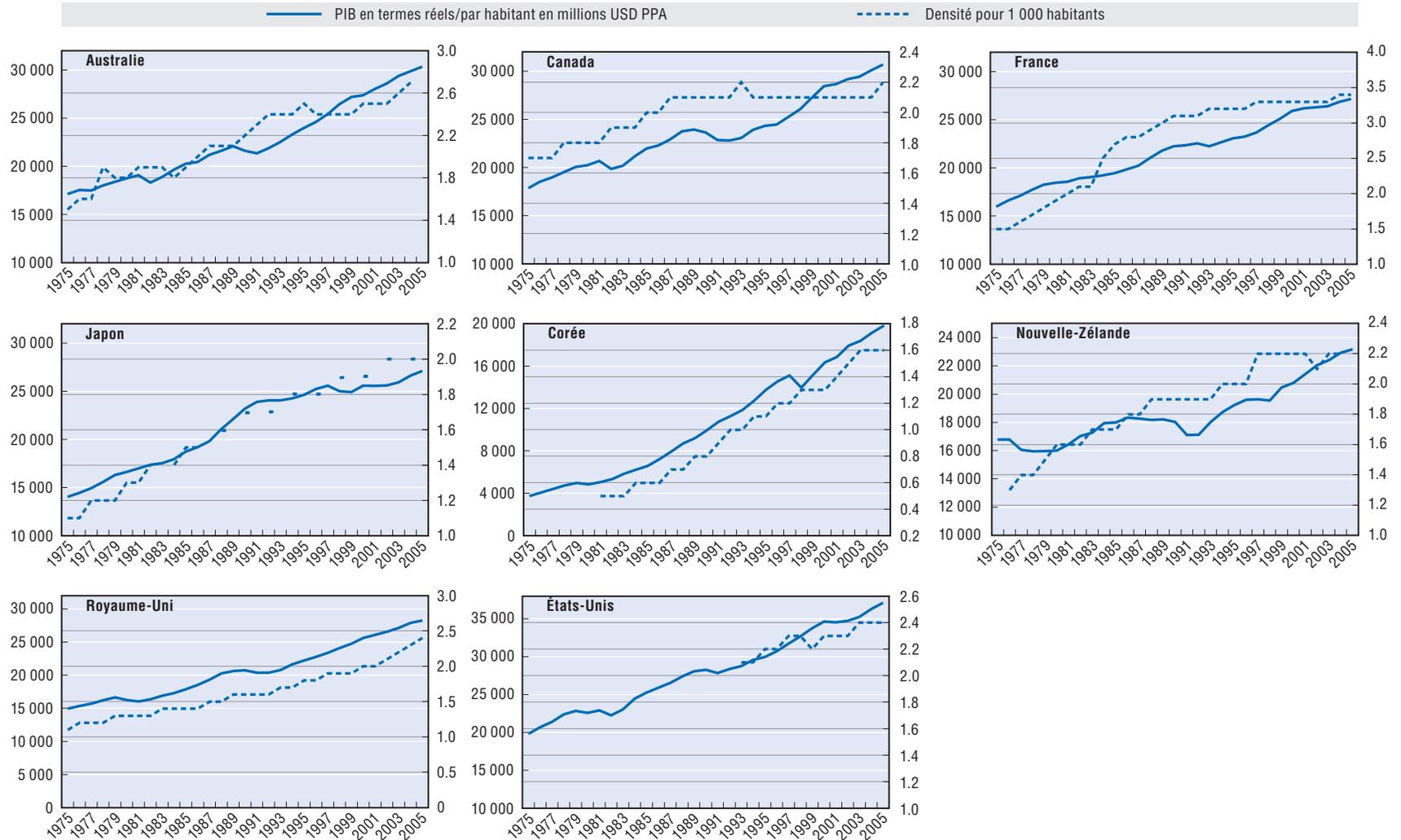
Source : Eco-Santé OCDE 2007.

médecins de famille dans la tranche d'âge 30-49 ans font 20 % de moins de visites par an que leurs pairs au même âge dix ans auparavant (bien que les médecins plus âgés faisaient 33 % de visites de plus que leurs pairs au même âge dix ans auparavant) (Watson et al., 2004).

Il est probable également que la féminisation croissante de la population de médecins et le développement du travail à temps partiel ont réduit le nombre d'heures travaillées sur une vie. En moyenne, les femmes médecins font un nombre d'heures hebdomadaires moindre que leurs homologues masculins dans de nombreux pays de l'OCDE (OCDE, 2006a). En moyenne, également, elles ont une vie professionnelle plus courte que celle de leurs homologues masculins. Le graphique 1.6 montre l'évolution de la proportion de femmes parmi les médecins dans les pays de l'OCDE entre 1990 et 2005. En moyenne, la proportion de femmes médecins a augmenté d'environ 30 %, passant de 28.7 % à 38.3 % sur la période.

Dans les pays de l'OCDE, le personnel de santé est vieillissant car la génération du « baby-boom » commence à arriver à l'âge de la retraite. Les graphiques A1a-b de l'annexe A montrent, pour une sélection de pays de l'OCDE, comment la structure d'âge du personnel de la santé s'est (dans la plupart des cas) déplacée vers la droite au cours de la

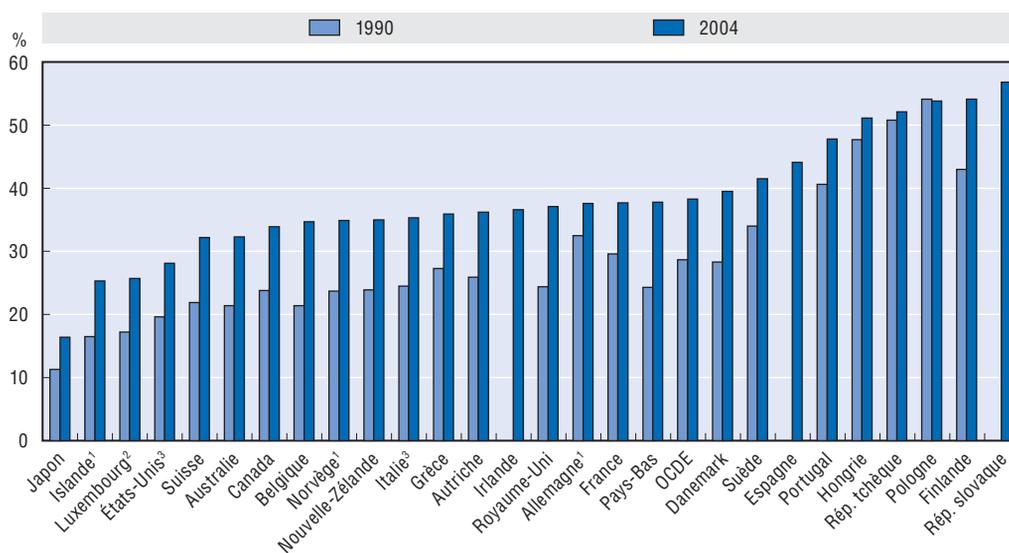
Graphique 1.5. PIB par habitant en termes réels et densité des médecins en activité dans quelques pays de l'OCDE, 1975 à 2005



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/448508114480>

Source : Eco-Santé OCDE 2007.

Graphique 1.6. Pourcentages de femmes médecins dans les pays de l'OCDE, 1990 et 2004



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448517464731>

1. 1991.
2. 1992.
3. 1993

Source : Eco-Santé OCDE 2007.

dernière décennie. Cela signifie non seulement que l'âge moyen des travailleurs de la santé a augmenté mais que, de surcroît, une proportion croissante de travailleurs de la santé a à présent la cinquantaine, voire soixante ans, et devrait partir à la retraite dans les dix prochaines années.

Il se peut également que la spécialisation grandissante des professions médicales ait accru la demande de médecins. Entre 1990 et 2005, le ratio spécialistes/généralistes est passé en moyenne de 1.5 à 2.0 dans les pays de l'OCDE. En effet, la spécialisation grandissante qui accompagne le développement technologique encourage un supplément d'activités et d'orientations et peut nécessiter de recruter davantage de médecins lorsqu'il s'agit de couvrir 24 h sur 24 tous les services de soins aigus spécialisés dispensés dans les hôpitaux.

Dans le cas des infirmiers, l'augmentation (ou la diminution) des effectifs sur la période 1990-2005 a été vraisemblablement régie par toute une série de facteurs analogues à ceux énoncés pour les médecins. Il se peut toutefois que l'accroissement de la demande ait été compensé plus largement que dans le cas des médecins par une amélioration de la productivité. Dans de nombreux pays de l'OCDE, des lits d'hôpitaux ont été fermés (entraînant une réduction du personnel infirmier) du fait du développements des traitements en hôpital de jour, du raccourcissement du temps de séjour et de l'orientation des patients de longue durée vers des centres de long séjour et des systèmes de soins à domicile⁶.

2. Projections de l'offre et de la demande de médecins et d'infirmiers

Dans de nombreux pays de l'OCDE, les cohortes plus jeunes devraient diminuer sur les vingt prochaines années (encadré 1.1), ce qui va accroître la concurrence pour le recrutement des meilleurs étudiants et devrait rendre plus difficiles la formation et le recrutement au niveau national de travailleurs de santé. Toutefois, dans la plupart des pays

Encadré 1.1. **Diminution du réservoir de cohortes jeunes**

Les projections de population des Nations Unies (effectuées sur la base d'une hypothèse de fécondité moyenne) donnent à penser que, dans l'ensemble de l'Europe, la population des 15-24 ans va diminuer d'environ 25 % entre 2005 et 2025. Ce groupe de population va diminuer, sur la même période, d'environ 20 % au Japon et de 33 % en Corée. Toutefois, en Australie, au Mexique et en Nouvelle-Zélande, les effectifs de cette classe d'âge resteront à peu près constants et aux États-Unis ils devraient augmenter de plus de 8 %. Le tableau ci-dessous montre les projections pertinentes pour la population des 15-24 ans dans les 30 pays de l'OCDE. Si l'on veut maintenir les taux actuels de formation, une proportion croissante de jeunes devra entrer en exercice lorsque la classe d'âge des 15-24 ans diminuera. Ce qui augmentera la concurrence pour attirer les meilleurs étudiants, en particulier lorsque les taux de formation ont été relevés pour accroître l'offre de professionnels de santé, comme cela est le cas dans plusieurs pays. S'il est peu probable que l'on ait des problèmes à trouver des candidats pour les écoles de médecine il pourrait en être autrement pour dans le cas des infirmiers. Certains ont également exprimé leurs inquiétudes quant au maintien de la qualité des candidats à une formation médicale.

Projections de l'ONU sur la population âgée de 15 à 24 ans dans les pays de l'OCDE, 2005-2025

	2005	2025	Variation 2005-2025 %		2005	2025	Variation 2005-2025 %
	Population de 15-24 ans (milliers)				Population de 15-24 ans (milliers)		
Allemagne	9 761	7 578	-22.4	Japon	14 111	11 124	-21.2
Australie	2 809	2 874	2.3	Luxembourg	53	66	24.5
Autriche	1 001	857	-14.4	Mexique	19 005	19 026	0.1
Belgique	1 255	1 174	-6.5	Norvège	571	611	7.0
Canada	4 340	4 104	-5.4	Nouvelle-Zélande	587	602	2.6
Corée	6 953	4 654	-33.1	OCDE	5 398	5 081	-8.1
Danemark	597	660	10.6	Pays-Bas	1 949	1 978	1.5
Espagne	5 263	4 859	-7.7	Pays européens OCDE	2 816	2 442	-9.8
États-Unis	42 759	46 457	8.6	Pologne	6 220	3 508	-43.6
Finlande	653	599	-8.3	Portugal	1 327	1 138	-14.2
France	7 789	7 909	1.5	Rép. slovaque	850	528	-37.9
Grèce	1 355	1 089	-19.6	Rép. tchèque	1 350	964	-28.6
Hongrie	1 289	957	-25.8	Royaume-Uni	7 841	7 457	-4.9
Irlande	641	690	7.6	Suède	1 115	1 093	-2.0
Islande	43	42	-2.3	Suisse	892	840	-5.8
Italie	5 959	5 699	-4.4	Turquie	13 604	13 280	-2.4

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448518171356>

Note : Les données se réfèrent à la variante moyenne de fertilité.

Source : *Perspective de la population mondiale 2006*, Division de la Population Nations Unies.

de l'OCDE, le nombre de places dans les écoles de médecine rapporté au nombre de candidats demeure relativement faible; ce ratio pourrait donc augmenter sans que cela ait des conséquences majeures sur les admissions dans les écoles de médecine. Pour les infirmiers, la situation est probablement différente.

Il est difficile de prévoir les pénuries futures en raison notamment de la difficulté à intégrer l'évolution de la productivité. Néanmoins, il est probable que la demande future de soins (en plus grand nombre et plus performants) maintiendra un niveau de demande de médecins supplémentaire dans les limites d'une économie soutenable (Cooper, 2008).

Certains pays ont publié des projections de la demande et/ou de l'offre de professionnels de santé. Les résultats de certaines de ces projections sont présentés ci-dessous.

En France, le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale et le ministère de la Santé et de la Protection sociale ont publié des projections de l'offre pour la période 2002-2025 qui donnent à penser que le nombre des médecins pourrait diminuer de 9.4 % (et la densité médicale de 16 %) si le *numerus clausus* est maintenu à 7 000 places à partir de 2006, et qu'il diminuerait encore de 4.9 % (et la densité médicale de 11 %) si le *numerus clausus* était porté à 8 000, ce qui est l'objectif actuel du ministère à l'horizon 2012. Ce déclin prévu est dû en partie à l'existence, depuis vingt-cinq ans, d'une sélection très stricte à l'entrée en deuxième année de médecine. Le *numerus clausus* a été régulièrement abaissé, passant d'environ 8 700 places au milieu des années 70 à environ 3 500 au début des années 90; il a ensuite été maintenu à ce niveau pendant la majeure partie de la décennie (Cash et Ulmann, 2008).

Au Japon, un Comité spécial sur la demande et l'offre de médecins créé par le ministère de la Santé, du travail et de la Protection sociale, a diffusé des estimations qui donnent à penser que l'offre de médecins augmentera de 21 % entre 2004 et 2025. Le Comité a déclaré s'attendre à un équilibre de l'offre et de la demande en 2022.

Au Royaume-Uni, le rapport Wanless (2002) qui propose des scénarios alternatifs pour le développement du National Health Service (NHS) donne à penser que le Royaume-Uni manque de médecins et d'infirmiers. La demande de médecins pourrait augmenter d'environ 50 % entre 2005 et 2020 et l'offre d'environ 27 %, ce qui conduirait à une pénurie de médecins d'environ 20 % en 2020 (Wanless, 2002). Toutefois, ces projections pourraient être contredites par des évolutions plus récentes.

Au Canada, il a été demandé au Panel d'experts sur les ressources humaines en professionnels de santé d'élaborer des stratégies à moyen et long terme pour faire en sorte que l'Ontario dispose d'effectifs de médecins suffisants pour répondre à ses besoins futurs en matière de santé. Les constats de ces experts ont montré qu'à l'horizon 2010, l'Ontario connaîtra une pénurie de médecins se situant entre 1 367 et 3 356 médecins, soit entre 6 % et 15 % de l'effectif total de médecins de l'Ontario à cette date (*Expert Panel on Health Professional Human Resources*, 2001).

Aux États-Unis, la Health Resources and Services Administration (HSRA) a estimé que la demande de médecins pourrait augmenter de 22 % entre 2005 et 2020 alors que l'offre pourrait augmenter de 16 %, générant en 2020 un déficit de l'offre totale de médecins en activité de l'ordre de 2.5 %.

Dans le cas des infirmiers, le rapport Wanless estime qu'au Royaume-Uni la demande d'infirmiers augmentera d'environ 25 % entre 2005 et 2020 et que l'offre augmentera dans une proportion analogue, ce qui conduira à une concordance approximative de l'offre et de la demande en 2020.

Aux États-Unis, la HRSA a estimé dans une projection de base que la demande d'infirmiers pourrait augmenter de 31 % entre 2005 et 2020. Une estimation de base de l'offre suggère un recul de 7 % qui engendrerait une importante pénurie d'infirmiers

en 2020. Toutefois, la HRSA a estimé que si les salaires des infirmiers augmentent de 3 % par an entre 2000 et 2020 et si le nombre des infirmiers diplômés augmente de 90 % sur la même période, l'offre et la demande seront pratiquement équilibrées à l'horizon 2020 (HSRA, 2004).

Notes

1. La comparabilité internationale des données sur les médecins se heurte à quelques limites. Dans un grand nombre de pays, les chiffres englobent les internes et les résidents. Les chiffres sont établis sur la base de relevés d'effectifs, excepté en Norvège où l'on faisait état d'équivalents plein-temps avant 2002. L'Irlande et les Pays-Bas indiquent le nombre de médecins habilités à pratiquer. Les données pour l'Espagne englobent les dentistes et les stomatologues (OCDE, 2007b).
2. Dans les années 80 et au début des années 90, suite aux prévisions d'offre excédentaire de travailleurs de la santé au Canada, aux États-Unis et en France, des mesures limitant le nombre de diplômés des écoles de médecine et d'infirmiers ont été adoptées. Des projections récentes laissent à penser que, dans un proche avenir, il y aura pénurie de travailleurs de la santé (Chan, 2002; Cooper, 2002; Cash et Ulmann, 2008; HRSA, 2004; COGME, 2005).
3. L'effet du vieillissement de la population sur le taux de croissance des dépenses publiques consacrées à la santé a été estimé à 0.3 % par année entre 1981 et 2002 (OCDE, 2006b).
4. La Directive EWTD est appliquée depuis 1998 à la grande majorité des employés à quelques exceptions près, notamment à l'exception des médecins en formation. En 2004, les dispositions de la Directive ont été étendues aux médecins dont le nombre maximum d'heures travaillées doit être abaissé à 56 d'ici août 2007 et à 48 à compter d'août 2009. Dans certaines circonstances non définies, les gouvernements nationaux peuvent demander un nouveau report d'au maximum trois ans pour différer l'abaissement final à 48 heures.
5. À compter du 1^{er} juillet 2003, le *Accreditation Council on Graduate Medical Education* a limité à 80 heures par semaine le temps de travail des médecins résidents. Les équipes ne doivent jamais travailler plus de 24 heures et les médecins résidents auront un jour de repos tous les sept jours et une coupure de 10 heures entre une garde et un travail posté.
6. Toutefois, les données sur les soins infirmiers communiquées à l'OCDE peuvent être incomplètes. Alors que les réductions du personnel infirmier dans les hôpitaux ont probablement été totalement décomptées, il se peut que l'augmentation du nombre d'infirmiers dispensant des soins à domicile ait été sous-évaluée dans certains pays, en particulier si les infirmiers sont employés dans le secteur privé.

Chapitre 2

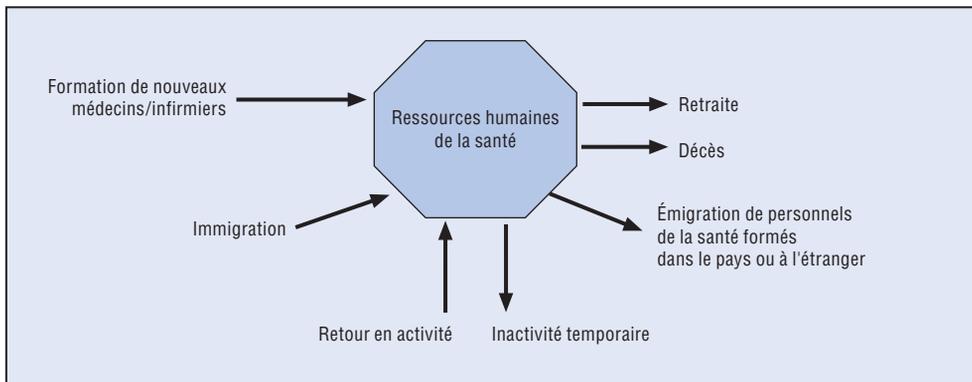
Politiques de recrutement international et de formation nationale des travailleurs de santé : mieux comprendre les interactions

En dépit de différences dans leur approche pédagogique, la plupart des pays de l'OCDE exercent une forme de contrôle à l'entrée des écoles de médecine et d'infirmiers. Dans les années 80 et 90, plusieurs pays de l'OCDE ont adopté des politiques plus strictes en matière d'inscription dans un objectif de maîtrise des coûts. En conséquence, le nombre des diplômés des écoles de médecins et d'infirmiers a diminué. Autour de l'an 2000, de nombreux pays de l'OCDE se sont trouvés confrontés à des pénuries de travailleurs de santé qui ont été en parties résorbées par un recours accru à l'immigration. La contribution des médecins formés à l'étranger aux variations de l'ensemble des effectifs de médecins est importante et elle s'est accrue au fil des ans dans de nombreux pays de l'OCDE. On note toutefois des différences importantes entre pays en matière de migration des travailleurs de santé et ces différences peuvent s'expliquer par des facteurs structurels et cycliques. Les premiers reflètent des tendances migratoires de longue date tandis que les seconds résultent de déséquilibres cycliques du marché du travail, largement attribuables au décalage entre les cycles d'activités, les cycles politiques et les cycles de formation. Si les recrutements internationaux de travailleurs de santé peuvent jouer un rôle dans la résorption des pénuries à court terme, dans une perspective de long terme on a clairement le choix entre le recours à l'immigration et d'autres politiques telles que le développement de la formation nationale ou l'amélioration de la productivité, pour remédier aux déséquilibres entre l'offre et la demande.

L'évolution des effectifs de médecins et d'infirmiers (autrement dit de l'ensemble des effectifs de professionnels) peut être attribuée aux différences dans le temps entre certains flux entrants clés, comme l'inscription de nouveaux diplômés suivant une formation nationale, l'immigration et le retour au travail après une période d'inactivité, et certains flux sortants clés tels que les départs à la retraite, l'émigration, l'inactivité temporaire et le décès en cours d'emploi. Le graphique 2.1 illustre ces flux entrants et sortants.

Accroître la formation au niveau national ou recruter à l'étranger des médecins et des infirmiers sont les deux manières les plus directes d'étoffer les effectifs de personnels de santé. Ces politiques ont toutefois des caractéristiques bien distinctes tant en termes de dynamique que d'impact en raison de la longueur des cycles éducatifs et des différences de durée moyenne de séjour des migrants. C'est l'une des raisons qui expliquent que les pays de l'OCDE tendent à faire des choix différents en combinant formation et immigration. Ces dernières années, toutefois, le rôle du recrutement international s'est accru dans de nombreux pays de l'OCDE.

Graphique 2.1. **Flux entrants et sortants du stock de médecins et infirmiers**



Source : Projet de l'OCDE sur les migrations et les personnels de la santé.

L'annexe B présente les données disponibles sur le nombre de diplômés et les flux migratoires de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger pour quelques pays de l'OCDE sur la période 1995-2005, ou sur des sous-périodes. Elle montre quelques évolutions importantes. Premièrement, alors que dans la plupart des pays le nombre des diplômés nationaux est demeuré relativement inchangé ou n'a que légèrement progressé sur la période pour laquelle des données sont présentées, celui des médecins immigrés formés à l'étranger a fortement augmenté dans la plupart des pays autour de 2002 ou 2003, voire plus tôt en Irlande, en Nouvelle-Zélande et en Norvège. Par ailleurs, si l'on prend en compte les autorisations d'emploi temporaires (lorsque des données sont disponibles), les taux d'immigration ont été supérieurs aux taux d'obtention de diplômes sur toute la période

pour laquelle des données sont disponibles dans six pays (Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, Norvège, Royaume-Uni et Suisse) et supérieurs aux taux nationaux d'obtention de diplômes sur la période dans un autre pays (Suède).

Les données concernant le personnel infirmier montrent des tendances analogues. Ainsi, on observe une tendance à la hausse du nombre des infirmiers immigrés dans plusieurs pays autour de 2000. De même, le nombre des entrants étrangers a été supérieur à celui des diplômés nationaux dans trois des pays sur une partie de la période. Mais, dans à peu près la moitié des pays sélectionnés, le rôle de l'immigration d'infirmiers semble avoir été beaucoup plus modeste que celui de l'immigration de médecins.

Ces données laissent à penser qu'un grand nombre de pays ont été pris par surprise à peu près simultanément, aux alentours de l'an 2000, par une progression de la demande et une offre nationale limitée; cette situation a contribué à faire resurgir les questions sur l'autosuffisance et le rôle de la planification des effectifs dans le secteur de la santé.

Il est assurément important de se poser des questions du type « Formons-nous suffisamment de médecins et d'infirmiers? » ou « Avons-nous besoin de plus de médecins et d'infirmiers? ». Mais à ces questions il n'y pas de réponse unique et simple qui vaille pour tous les pays car les normes et les objectifs en termes de densité des professionnels de santé varient d'un pays à l'autre et évoluent dans le temps. Plutôt que de guider les choix de politiques, il est nécessaire de mieux comprendre les interactions entre la formation et l'immigration et leur contribution à l'offre de personnels de santé. Avant d'analyser la contribution de l'immigration à l'évolution des effectifs de personnels de santé dans les pays de l'OCDE, ce chapitre considère le rôle des politiques en matière de formation et d'immigration.

1. Formation du personnel de santé : des taux de formation fluctuants et contrôlés

1.1. Formation des médecins

En dépit des disparités observées entre pays quant aux nombre d'inscrits dans les écoles de médecine, pratiquement tous les pays de l'OCDE exercent une forme de contrôle, bien souvent sous la forme d'un *numerus clausus*, à l'entrée des écoles de médecine. Ce contrôle est motivé par toute une série de facteurs, notamment par i) des restrictions à l'entrée pour limiter l'entrée dans les écoles de médecine aux candidats les plus capables; ii) le désir de limiter le nombre total de médecins dans un souci de maîtrise des coûts (mécanismes de la demande induite); et iii) le coût de la formation (dans tous les pays, y compris les États-Unis, une part importante du coût des études de médecine est financée sur les deniers publics, de sorte qu'une augmentation du nombre d'étudiants dans les écoles de médecine implique des dépenses publiques importantes. Le contrôle exercé à l'entrée des écoles de médecine ne signifie pas un nombre d'étudiants automatiquement stable ou en baisse. En fait, un *numerus clausus* est un instrument qui vise à atteindre des objectifs en termes de politiques et les pays ont changé de cap à maintes reprises.

L'annexe C fournit des détails sur les différentes méthodes utilisées par les pays de l'OCDE pour contrôler le nombre d'étudiants dans les écoles de médecine et d'infirmiers. L'Allemagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal et, plus récemment, la Belgique et certains cantons suisses, ont adopté un système de *numerus clausus*, tandis qu'en Nouvelle-Zélande, les contraintes budgétaires limitent le nombre de places financées.

Dans certains pays, comme l'Irlande, les écoles de médecine sont totalement libres de fixer leur nombre d'étudiants.

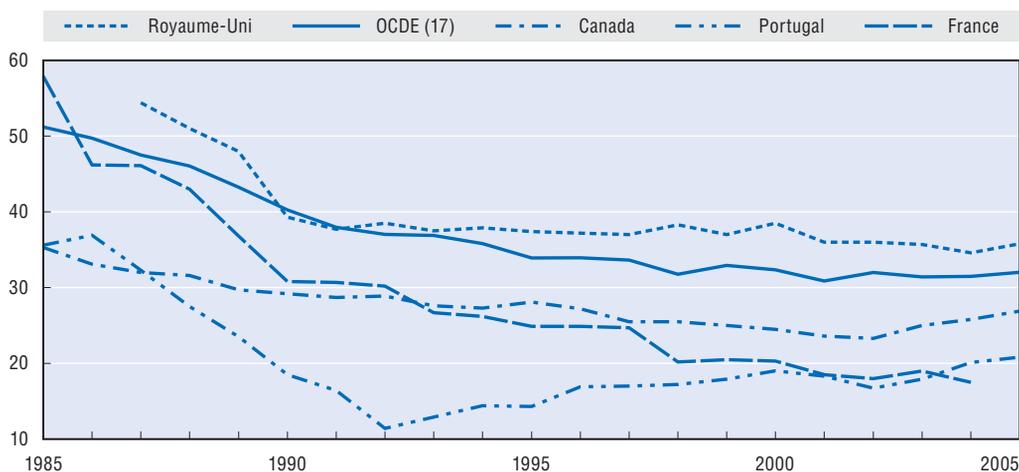
Comme on pouvait s'y attendre, les pays qui affichent des taux élevés de diplômés des écoles de médecine, comme l'Autriche, la Grèce et l'Irlande, sont de pays qui ont adopté des politiques plus souples en matière de nombre d'étudiants. On note toutefois une grande disparité entre les pays ayant mis en place un système de *numerus clausus*. Alors que le Danemark et l'Italie ont des taux de diplômés supérieurs à la moyenne de l'OCDE, le Portugal a l'un des taux les plus bas.

Aux États-Unis, le secteur privé joue un rôle important dans l'enseignement de la médecine contrairement à ce qui se passe dans la plupart des pays de l'OCDE. Il n'y a pas de planification nationale, de quotas officiels ou autres restrictions dans les écoles de médecine. Le nombre des médecins qui entrent sur le marché du travail est presque intégralement déterminé par le nombre de personnes qui effectuent une formation en résidence dans des programmes agréés¹. Le *Bureau of Health Professions* (BHPr) et le *Council on Graduate Medical Education* (COGME) ont publié des projections donnant à penser qu'il y avait un excédent de médecins dans les années 80 et le début des années 90, ce qui a conduit à geler le développement des écoles de médecine. Malgré cela, la progression de la demande a entraîné un développement continu du programme de formation de médecins diplômés partiellement pourvu par des médecins formés à l'étranger. Nombreux sont ceux qui pensent que cette progression a été due en partie à l'aide financière à la formation des résidents par le biais du programme Medicare, qui est un programme fédéral. Ce financement par Medicare a été plafonné en 1997. Toutefois, il existe toujours un écart régulier de l'ordre de 25 % entre le nombre de médecins diplômés américains et le nombre des postes en résidence disponibles. Les postes supplémentaires sont pourvus par des diplômés d'écoles internationales de médecine, qui sont soit des citoyens américains² soit des ressortissants étrangers. Il s'agit d'une situation relativement unique dans laquelle la dépendance à l'égard de l'immigration est presque explicite dans la politique d'enseignement de la médecine (Cooper, 2008).

Au Japon, pays qui affiche une densité de médecins parmi les plus basses de la zone OCDE, le nombre des diplômés de médecine est tombé de 45 pour 1 000 médecins en 1985 à 28.5 en 2005. Toutefois, il n'y a eu au Japon pratiquement aucune immigration de médecins formés à l'étranger. La pénurie de médecins fait débat depuis quelques années ; elle a été attribuée à la limitation du nombre d'étudiants en médecine et au désir de l'Association médicale japonaise de limiter la concurrence. Toutefois, il a été rapporté que le gouvernement japonais avait proposé récemment d'augmenter le nombre des étudiants en médecine mais il faudra longtemps avant que le plan augmente le nombre des médecins (Ebihara, 2007).

Si l'on exprime les taux annuels d'obtention de diplômes en proportion des effectifs de médecins, en moyenne, ces taux sont tombés d'environ 5 % en 1985 à environ 3 % en 2000 dans 17 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données; après quoi, ils se sont stabilisés durant les cinq années qui ont suivi (graphique 2.2). La grande majorité des pays concernés ont opéré des contrôles implicites ou explicites sur la formation nationale de médecins. Les pénuries signalées de médecins apparues aux alentours de l'an 2000 dans de nombreux pays n'ont pu être éliminées rapidement en développant la capacité nationale de formation. En conséquence, on a pallié une partie des déséquilibres par le biais du recrutement international.

Graphique 2.2. **Nombre de nouveaux diplômés en médecine pour 1 000 médecins, dans quelques pays de l'OCDE, 1985 à 2005**



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448538344460>

Note : Pour des raisons de cohérence, la moyenne est calculée sur la base de 17 pays de l'OCDE.

Source : OCDE (2007b), *Panorama de la santé*, Paris.

Mais, dans le même temps, c'est-à-dire au début du XXI^e siècle, la capacité nationale d'enseignement de la médecine a été accrue dans de nombreux pays de l'OCDE. Certains, comme le Royaume-Uni (Buchan, 2008), la France et l'Australie, ont développé la formation nationale, parfois en partie par l'ouverture de nouvelles écoles de médecine (voir encadré 2.1). Dans ces pays, le nombre des inscrits a pratiquement doublé entre le milieu des années 90 et l'année 2007. Au Canada, il y a eu un changement analogue de perception avec le passage d'un excédent perçu à une pénurie de médecins aux alentours du milieu des années 90 (Barer et Stoddart, 1991). Les inscriptions en première année dans les écoles de médecine canadiennes ont baissé assez régulièrement, passant d'environ 1 900 en 1983 à environ 1 600 en 1997. La croissance a repris en 1998 et le nombre estimé d'inscriptions devrait être de l'ordre de 2 400 en 2007, soit une augmentation de l'ordre de 50 % (Dauphinee, 2006). Aux États-Unis, la *American Association of Medical Colleges* (AAMC) a réclamé d'urgence un accroissement de la capacité des écoles de médecine de 30 % (AAMC, 2006). En 2007, l'AAMC était en mesure de rendre compte d'une augmentation prévue des admissions dans ses écoles membres de 17 % à l'horizon 2012.

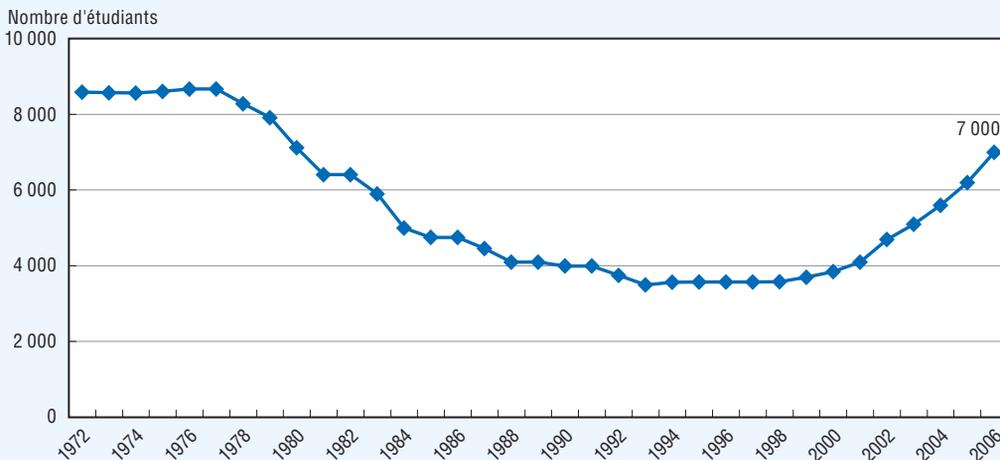
Dans ces pays, le développement rapide de la formation médicale ces dernières années, ou le développement prévu dans un proche avenir semble démontrer que les pays de l'OCDE ont non seulement reconnu la pénurie potentielle de médecins à laquelle ils sont confrontés mais qu'ils ont été en mesure de réagir vigoureusement. Il reste à voir si ce développement sera soutenu³, s'il conduira ou non à une situation d'équilibre à moyen terme et quelles seront ses implications en termes de migrations. D'aucuns ont même suggéré la possibilité d'une offre excédentaire future (Joyce *et al.*, 2007; Goodman, 2004). Dans au moins un pays, le Royaume-Uni, si le recrutement international a permis une mise à l'échelle rapide de la main-d'œuvre il a conduit à aller au-delà des objectifs planifiés (Buchan, 2008). Des rapports publiés en 2007 font état de médecins diplômés nationaux dans l'incapacité de trouver des postes de postdocs en tant que jeunes médecins. Cependant, l'immigration au Royaume-Uni de médecins et d'infirmiers non originaires de l'Union européenne a été fermement découragée.

Encadré 2.1. Évolution des admissions dans l'enseignement médical : les exemples pas si opposés de l'Australie et de la France

France

En France, l'introduction en 1971 d'un *numerus clausus* pour limiter le nombre des étudiants dans les facultés de médecine et réduire la densité de médecins à compter des années 80, a entraîné un changement spectaculaire dans les années 70. Alors qu'au début de cette décennie, le *numerus clausus* était supérieur à 8 000, en 1992 il atteignait un point bas de 3 500 avant de remonter à 7 100 en 2007. Ce système a été introduit dans le but d'éviter une offre future excédentaire de médecins. Toutefois, à l'époque, il a été fixé à un niveau relativement élevé car les discussions sur le lien entre le nombre de médecins et les dépenses de santé ne faisaient que débiter. Nonobstant, à la fin des années 70, cette question est devenue un point central de discussion, ce qui a conduit à décider d'un abaissement du *numerus clausus*. Cette tendance s'est poursuivie jusqu'à la fin des années 90. Les syndicats de médecins, les pouvoirs publics, et la sécurité sociale étaient favorables à une réduction du nombre de médecins car ils pensaient que cela permettrait de réduire les dépenses de santé, alors que les doyens des facultés de médecine considéraient qu'une politique de ce type allait occasionner des difficultés dans les hôpitaux où le nombre d'internes est insuffisant. Sur la base de ses projections démographiques médicales, l'Association médicale française a également commencé à plaider en faveur de relèvements du *numerus clausus*; au début des années 90, son inquiétude a trouvé plus d'écho et, depuis lors, le *numerus clausus* a été régulièrement augmenté (adapté de Cash et Ulmann, 2008).

Numerus clausus en France, 1972-2006



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448656271426>

Source : Cash et Ulmann (2008).

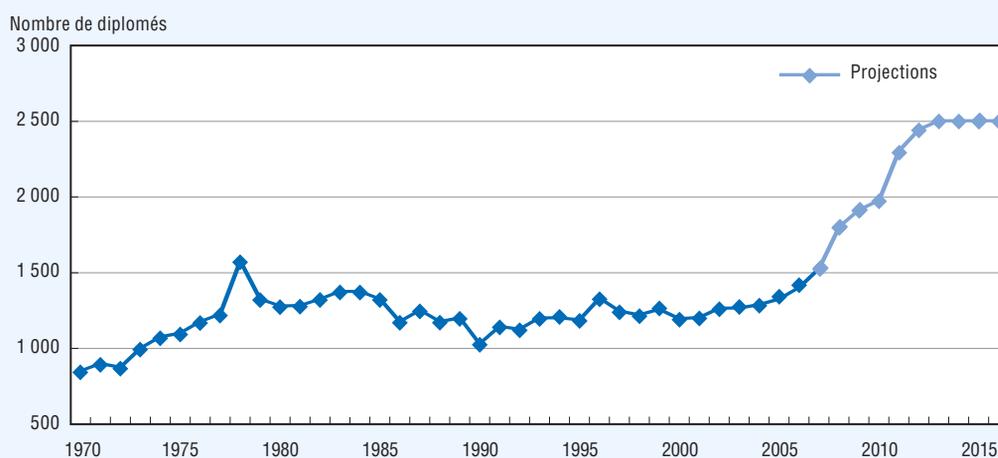
Australie

« Historiquement, un tableau sur le long terme indique, dans la politique australienne d'offre de main-d'œuvre médicale, des cycles évidents avec des déplacements périodiques entre les phases de restriction et les phases de croissance. En 1973, des augmentations du nombre d'étudiants admis dans les écoles de médecine ont été recommandées pour répondre à des pénuries de main-d'œuvre perçues. Le nombre des admissions a été relevé et le nombre des diplômés des écoles de médecine a augmenté régulièrement dans les années 70, passant de 851 en 1970 à 1 278 en 1980. À l'époque, on pensait que l'offre de personnel médical était excédentaire et des réductions du nombre d'étudiants admis dans les écoles de médecine ont été recommandées, puis mises en œuvre. Les effets de ces mesures sur le nombre de diplômés ont été observés à partir du milieu des

Encadré 2.1. Évolution des admissions dans l'enseignement médical : les exemples pas si opposés de l'Australie et de la France (suite)

années 80; en 1990, ce nombre était de 1 030 diplômés. Tout au long des années 80 et au début des années 90, les effectifs de médecins ont été jugés excédentaires et le nombre des admissions dans les écoles de médecine est resté stationnaire. À la fin des années 90, un revirement d'opinion s'est amorcé et l'on a recommencé à penser qu'il y avait pénurie de personnel médical; après vingt années de *statu quo*, le nombre des admissions dans les écoles de médecine a été à nouveau rigoureusement relevé. Cinq nouvelles écoles de médecine ont été créées depuis l'an 2000 et sept programmes supplémentaires prévus d'ici à 2008, devraient doubler le nombre des écoles de médecine par rapport à l'an 2000. Conjugué à une augmentation du nombre des admissions dans les écoles existantes, cela contraste fortement avec le schéma statique du nombre des diplômés sur les vingt années précédentes » (Source : Joyce et al., 2007).

Nombre de diplômés des facultés australiennes de médecine, 1970-2016



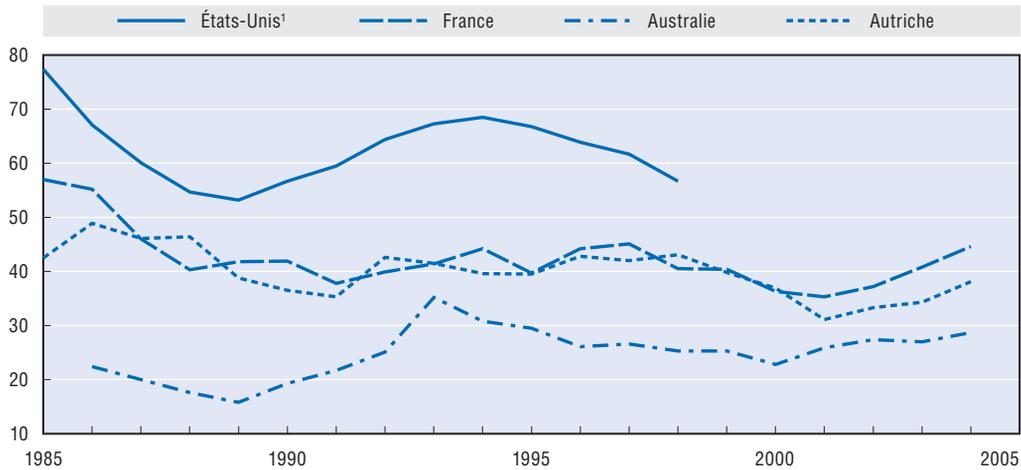
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448222506325>

Source : Adapté de Joyce C., J.U. Stoelwinder, J. J. McNeil et L. Piterman (2007), "Riding the Wave: Current and Emerging Trends in Graduates from Australian University Medical Schools", *Medical Journal of Australia*, vol. 186, p. 311.

1.2. Formation des infirmiers

La situation des écoles d'infirmiers est quelque peu différente car, dans près de la moitié des pays de l'OCDE, la formation des infirmiers est laissée aux forces décentralisées du marché (« modèle régi par la demande »). Nonobstant, certains pays de l'OCDE régulent les admissions dans les écoles d'infirmiers (annexe C). La raison de cette régulation est probablement très différente de celle à l'origine de la régulation du nombre de médecins car les mécanismes de la demande induite ne s'appliquent pas et que le coût de la formation est davantage aligné sur celui d'autres programmes d'enseignement supérieur. Certains signes montrent que le nombre de diplômés d'infirmiers délivrés sur la période 1985-2005 a fluctué et qu'il a globalement diminué dans certains pays (à l'exception de l'Australie) bien qu'on ne dispose que de rares éléments de preuve (graphique 2.3).

En Australie, en Belgique, aux États-Unis, au Mexique, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et aux Pays-Bas, le nombre de places disponibles est déterminé par les écoles d'infirmiers elles-mêmes sur la base de la demande des étudiants et de leur évaluation des besoins du marché du travail (Simoens et al., 2005). Dans ces pays, le rôle des pouvoirs publics se limite essentiellement au financement de l'enseignement infirmier public. Dans

Graphique 2.3. **Nombre de nouveaux diplômés infirmiers pour 1 000 infirmiers dans quelques pays de l'OCDE, 1985 à 2005**StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448718128853>

Note : La disponibilité des données étant limitée, la moyenne de l'OCDE n'est pas présentée sur ce graphique.

1. Pour les États-Unis, les données sont disponibles jusqu'en 1998 seulement, car la collecte de données concernant certaines catégories d'infirmiers diplômés s'est arrêtée par la suite.

Source : OCDE (2007b), *Panorama de la santé*, Paris.

de nombreux pays de l'OCDE, cependant, le nombre des places disponibles dans les écoles d'infirmiers est planifié par l'État (ministères de la Santé et de l'Éducation) au niveau national et/ou régional.

2. Migrations internationales de médecins et d'infirmiers

La croissance économique rapide de la fin des années 90, conjuguée aux inquiétudes grandissantes suscitées par le vieillissement démographique, a incité de nombreux pays de l'OCDE à envisager un plus grand recours à l'immigration pour répondre aux pénuries de main-d'œuvre en général. Cela a contribué à mettre davantage l'accent sur les compétences des migrants et a persuadé la plupart des pays de l'OCDE de la nécessité d'adapter leurs politiques de migration pour faciliter le recrutement international de travailleurs hautement qualifiés ou d'adopter des politiques de migration plus sélectives. Dans le cadre de cette politique globale d'encouragement de l'immigration qualifiée, les pays de l'OCDE se livrent aujourd'hui une concurrence acharnée pour attirer les personnels de santé dont ils ont besoin et retenir ceux qui seraient susceptibles d'émigrer. Cette évolution englobe les travailleurs de la santé mais assurément elle va bien au-delà du secteur de la santé (encadré 2.2).

Une comparaison de la proportion de médecins ou d'infirmiers nés à l'étranger et de la proportion de professionnels ou de titulaires d'une thèse nés à l'étranger montre que les migrants sont en général surreprésentés parmi les professionnels de santé (voir Dumont et Zurn, 2007). Plus le pourcentage de personnes nées à l'étranger est élevé parmi les travailleurs hautement qualifiés, plus il l'est également pour les médecins et les infirmiers. On fait des constats similaires pour les taux d'expatriation au sein de la zone OCDE.

En conséquence, une contribution plus grande des migrations aux fluctuations du personnel de santé pourrait simplement refléter le fait que les migrations de travailleurs, et plus précisément de travailleurs hautement qualifiés, jouent un rôle important dans la dynamique du marché du travail du pays d'accueil; cette situation est également

Encadré 2.2. **Politiques en matière de migration des travailleurs de santé**

Dans la plupart, sinon tous les pays de l'OCDE, il n'y a pas de programmes de migration spécifiquement ciblés sur les professionnels de santé. Toutefois, les schémas migratoires généraux peuvent fournir des procédures simplifiées facilitant le recrutement des travailleurs de santé, notamment au niveau local ou régional.

Dans leurs programmes de migrations permanentes, l'Australie et la Nouvelle-Zélande attribuent des points spéciaux aux professionnels de santé, ce qui facilite l'immigration de travailleurs de santé mais seulement dans des proportions limitées. Aux États-Unis, la plupart des professionnels de santé obtiennent des visas H1-B. En 2005, environ 7 200 demandes initiales de visas ont été approuvées pour des postes dans le secteur de la médecine et de la santé, notamment pour 2 960 médecins et chirurgiens. Cela correspond à une augmentation d'environ 55 % par rapport à l'an 2000.

Dans les pays européens de l'OCDE, il existe des permis de travail pour immigrants qualifiés, généralement accordés pour une durée limitée. Ces permis peuvent être subordonnés à un critère de marché du travail (c'est-à-dire à des contrôles pour s'assurer qu'il n'y a pas de résident de l'Union européenne susceptible d'occuper le poste). Nonobstant, dans la plupart des pays, le critère du marché du travail peut être abandonné dans certaines conditions. C'est le cas, par exemple, au Royaume-Uni, en Belgique, en Irlande, au Danemark, aux Pays-Bas ou en Espagne pour les postes figurant sur la liste des emplois pour lesquels il y a pénurie de candidats. Dans tous ces pays, certains voire tous les professionnels de santé figurent, ou ont figuré, sur ces listes.

Un petit nombre de pays de l'OCDE ont passé des accords bilatéraux pour le recrutement international de professionnels de santé. La Suisse et le Canada ont signé un petit protocole d'accord qui mentionne explicitement les travailleurs de santé et vise à faciliter la mobilité entre les deux pays. L'Espagne, qui est supposée avoir un excédent d'infirmiers, a signé des accords bilatéraux, notamment avec la France et le Royaume-Uni. L'Allemagne a passé des accords bilatéraux avec plusieurs pays d'Europe centrale et orientale pour le recrutement d'aides-infirmiers étrangers. Parfois, des accords bilatéraux sont également conclus au niveau régional. C'est le cas, par exemple, en Italie où plusieurs provinces ont signé des protocoles avec des provinces de Roumanie pour la formation et le recrutement d'infirmiers.

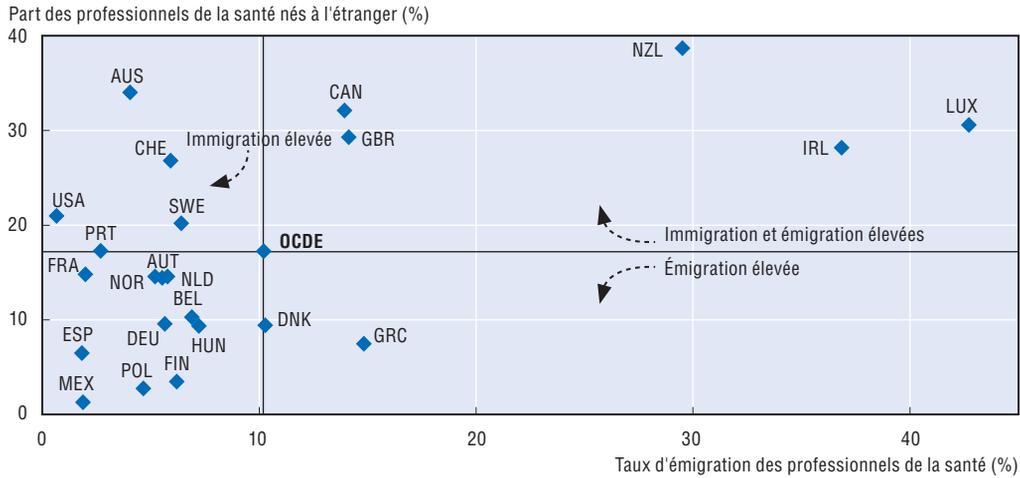
En Europe, le Royaume-Uni est le seul pays à avoir eu recours de manière intensive aux accords bilatéraux et aux protocoles d'accord avec des pays non OCDE dans le contexte du recrutement international de médecins et d'infirmiers. Il a signé un accord d'échange réciproque d'enseignement de concepts de soins et de personnel de santé (2003), un protocole d'accord avec l'Inde (2002) et un protocole de coopération pour le recrutement de professionnels de santé avec la Chine (2005).

influencée par la langue, des facteurs géographiques, culturels, historiques mais aussi en général par des facteurs socio-économiques.

2.1. Disparité des migrations entre pays

En termes de migrations, la situation des pays de l'OCDE est assez diverse. Les graphiques 2.4 et 2.5 comparent le pourcentage de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger et les taux d'émigration dans les différents pays de l'OCDE aux moyennes respectives non pondérées de l'OCDE en 2000. Les graphiques classent les pays en quatre groupes en fonction de l'importance relative de leur immigration et de leur émigration de professionnels de santé.

Graphique 2.4. **Taux d'immigration et d'émigration des professionnels de la santé (sauf infirmiers) dans quelques pays de l'OCDE, autour de 2000**



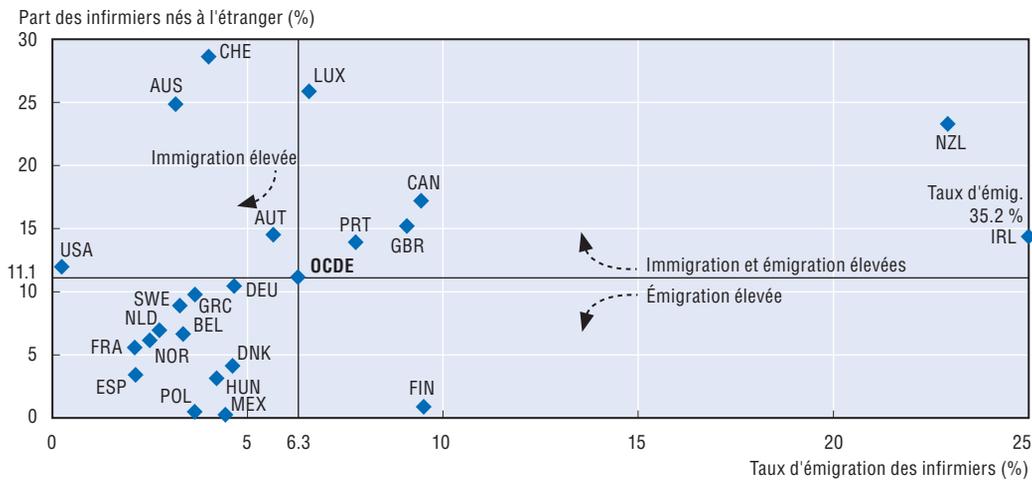
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/448720040881>

Note : Les données se réfèrent à tous les professionnels de la santé à l'exception des infirmiers, en se basant sur le code CITP 222.

Pour chaque pays de l'OCDE, le taux d'émigration est calculé en divisant le nombre de médecins nés dans le pays et travaillant en tant que médecin dans un autre pays de l'OCDE par le nombre total de médecins qui sont nés dans le pays.

Source : D'après des données tirées de OCDE (2007a), *Perspectives des migrations internationales*, Paris.

Graphique 2.5. **Taux d'immigration et d'émigration des infirmiers dans quelques pays de l'OCDE, autour de 2000**



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/448724046627>

Note : Les données se réfèrent à tous les infirmiers, les sages-femmes et les auxiliaires infirmiers, en se basant sur les codes CITP 223 et 323.

Pour chaque pays de l'OCDE, le taux d'émigration est calculé en divisant le nombre d'infirmiers nés dans le pays et travaillant en tant qu'infirmier dans un autre pays de l'OCDE par le nombre total d'infirmiers qui sont nés dans le pays.

Source : D'après des données tirées de OCDE (2007a), *Perspectives des migrations internationales*, Paris.

Certains pays, comme le Canada, l'Irlande, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni sont confrontés à des phénomènes importants d'immigration et d'émigration de leurs médecins et infirmiers. Les pourcentages sont particulièrement élevés, en valeur absolue, pour la Nouvelle-Zélande. Inversement, les pays d'Europe centrale et orientale mais aussi le Mexique, la Turquie et les pays asiatiques de l'OCDE n'étaient guère confrontés à la migration de leurs professionnels de santé en 2000. Des

pays comme l'Australie, la Suisse et les États-Unis apparaissent principalement comme des pays d'immigration.

Les graphiques 2.4 et 2.5 reflètent, dans une large mesure, les schémas migratoires généraux. Étant donnée l'importance globale des migrations qualifiées en général dans l'explication des migrations de professionnels, il est nécessaire de neutraliser les niveaux de migrations hautement qualifiées spécifiques aux pays pour identifier les pays qui s'en remettent particulièrement aux migrations de professionnels de santé. Le tableau 2.1 montre la différence de taux d'immigration et d'émigration entre les professionnels de santé et l'ensemble des diplômés de l'enseignement supérieur. Les chiffres négatifs indiquent des flux migratoires plus importants pour les professionnels de santé que pour les personnes hautement qualifiées en général. C'est le cas en particulier relativement à l'immigration comme à l'émigration pour la Nouvelle-Zélande et l'Irlande, à l'immigration pour les États-Unis, et à l'émigration pour le Luxembourg.

Les graphiques précédents ont souligné le fait que dans certains pays de l'OCDE, la Nouvelle-Zélande, le Luxembourg et l'Irlande, l'immigration ou l'émigration de professionnels de santé représente une proportion importante de leur stock total de

Tableau 2.1. Importance relative de la migration des professionnels de la santé (à l'exception des infirmiers) par rapport à l'ensemble des diplômés de l'enseignement supérieur, autour de 2000

	Différence de taux d'expatriation entre l'ensemble des diplômés de l'enseignement supérieur et les professionnels de la santé	Différence de proportion de travailleurs nés à l'étranger parmi l'ensemble des diplômés de l'enseignement supérieur et les professionnels de la santé
Australie	2.1	-5.1
Autriche	8.8	0.0
Belgique	-0.6	-0.1
Canada	-7.2	-6.2
Suisse	6.5	0.9
Allemagne	2.3	1.5
Danemark	-3.7	-1.7
Espagne	0.4	0.1
Finlande	-0.3	-1.2
France	2.9	-2.4
Royaume-Uni	-1.2	-13.2
Grèce	-6.3	4.7
Hongrie	2.1	-3.5
Irlande	-13.6	-10.0
Luxembourg	-19.7	18.5
Mexique	3.8	0.1
Pays-Bas	2.3	-5.7
Norvège	-0.3	-6.3
Nouvelle-Zélande	-12.2	-14.0
Pologne	7.9	0.0
Portugal	8.3	-1.9
Suède	-0.8	-5.9
États-Unis	0.1	-7.0

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448760008734>

Note : Les données font référence à tous les professionnels de santé, à l'exception des infirmiers, sur la base de la définition CITP-222. Un chiffre négatif (positif) indique une émigration plus importante pour les professionnels de santé (diplômés de l'enseignement supérieur) que pour les diplômés de l'enseignement supérieur (professionnels de santé) en général. Pour chaque pays de l'OCDE, le taux d'expatriation est obtenu en divisant le nombre de médecins nés dans le pays en question et travaillant comme médecin dans un autre pays de l'OCDE par le nombre total de médecins nés dans le pays en question.

Source : D'après des données tirées de OCDE (2007a), *Perspectives des migrations internationales*, Paris.

Encadré 2.3. Les chiffres en valeur absolue sont également importants

Dans la zone OCDE, le nombre total de médecins nés à l'étranger était en 2000 d'environ 400 000 et le nombre total d'infirmiers nés à l'étranger était d'environ 710 000.

De ce point de vue, les États-Unis sont le principal pays d'accueil de la zone OCDE avec environ 200 000 médecins et 280 000 infirmiers nés à l'étranger, aux alentours de l'an 2000 (les chiffres correspondants pour les personnels formés à l'étranger étaient à peu près équivalents pour les médecins mais inférieurs de près de moitié pour les infirmiers). Le pays de l'OCDE qui arrive en deuxième position est le Royaume-Uni pour les médecins avec environ 50 000 médecins nés à l'étranger et l'Allemagne pour les infirmiers avec au moins 75 000 infirmiers nés à l'étranger.

Les États-Unis ont accueilli 47 % des médecins nés à l'étranger qui travaillaient dans la zone OCDE en 2000 et les 25 pays de l'Union européenne membres de l'OCDE environ 39 %, bien qu'au sein de l'Union européenne une proportion significative des personnes nées à l'étranger soit originaire de pays membres de l'Union européenne (environ 24 % pour les médecins et 38 % pour les infirmiers). L'Australie et le Canada ont accueilli chacun près de 5 % du total. Pour les infirmiers, la ventilation par pays de destination est assez similaire.

On trouvera dans Dumont et Zurn (2007) davantage de données et d'analyses sur le nombre (absolu et relatif) de médecins et d'infirmiers nés et formés à l'étranger présents dans les pays de l'OCDE).

professionnels de santé. À l'évidence, pour identifier l'impact des politiques des différents pays sur l'immigration globale des travailleurs de la santé, le nombre des migrants en valeur absolue est également important (encadré 2.3).

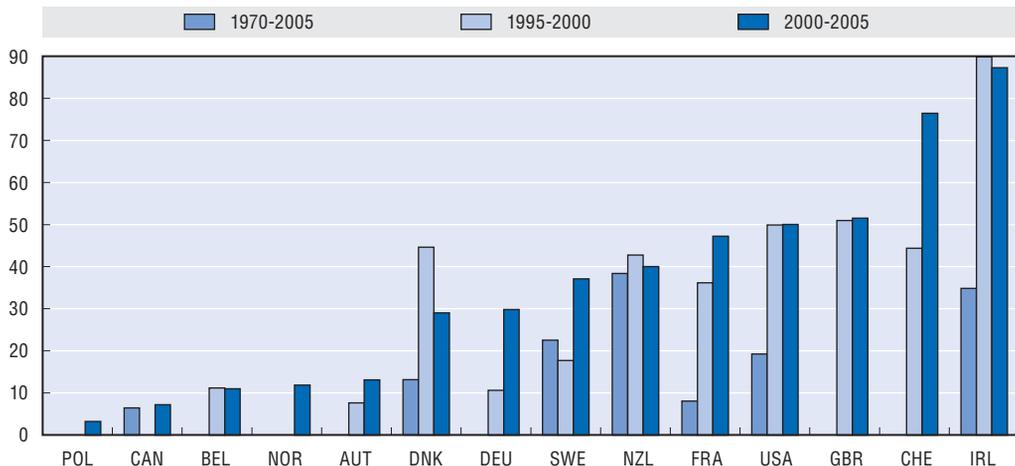
2.2. Le rôle des migrations dans le profil des personnels de santé

Les données basées sur le lieu de naissance pourraient donner une image faussée du rôle des migrations internationales sur les effectifs de personnels de santé dans les pays de l'OCDE si une part non négligeable de ces travailleurs nés à l'étranger était en fait dans le pays d'accueil et non dans le pays d'origine. Une comparaison entre les professionnels de la santé nés à l'étranger et ceux qui sont formés dans les pays de l'OCDE indique des pourcentages plus faibles pour les derniers par rapport aux premiers (Dumont et Zurn, 2007). Si dans les pays où les personnes tendent à migrer assez jeunes, les données sur les travailleurs formés à l'étranger sont un meilleur indicateur des migrations professionnelles que les données sur les travailleurs nés à l'étranger, il n'en va pas toujours ainsi. En Finlande, par exemple, les travailleurs formés à l'étranger sont souvent des citoyens finlandais de naissance qui ont été formés à l'étranger (notamment en Suède). Même aux États-Unis, un nombre croissant de travailleurs formés à l'étranger qui suivent une formation médicale de niveau « post-graduate » sont des citoyens américains ayant reçu une formation médicale initiale à l'étranger.

Afin de mieux identifier le rôle des migrations, les fluctuations des effectifs de médecins formés à l'étranger entre 1970-2005, 1995-2005 et 2000-2005 peuvent être comparées à celles de l'effectif total de médecins dans quelques pays de l'OCDE. Le graphique 2.6 montre les disparités importantes entre les pays; on observe que la Suisse et l'Irlande sont les deux pays qui ont eu le plus recours aux recrutements internationaux sur les cinq dernières années. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, environ 50 % de l'accroissement des effectifs de médecins est probablement lié aux variations des effectifs de médecins formés à l'étranger entre 2000

Graphique 2.6. **Contribution des médecins formés à l'étranger à l'augmentation nette du nombre de médecins en activité dans quelques pays de l'OCDE**

Pourcentages, 1970-2005



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448815148317>

Note : Les données pour l'Allemagne, la Belgique et la Norvège se réfèrent aux médecins étrangers plutôt qu'à ceux formés à l'étranger.

Source : Eco-Santé OCDE 2007 et OCDE (2007a), *Perspectives des migrations internationales*, Paris.

et 2005. Des pourcentages élevés sont également observés en France et, dans une moindre mesure, en Nouvelle-Zélande et en Suède⁴.

En dépit des disparités observées entre pays, dans tous les cas pour lesquels on dispose de données, les migrations ont beaucoup plus contribué à façonner le profil des personnels de santé sur les dix dernières années qu'elles ne l'ont fait, en moyenne, depuis les années 70. L'augmentation est particulièrement nette en Irlande, en France et aux États-Unis mais elle est négligeable en Nouvelle-Zélande et au Canada.

On ne dispose de données pour les infirmiers que pour un petit nombre de pays mais celles-ci montrent des tendances similaires. En Irlande, par exemple, les migrations représentent l'essentiel de l'effectif total d'infirmiers entre 2000 et 2005. La situation est encore plus frappante en Nouvelle-Zélande où, toutes choses égales par ailleurs, le nombre total d'infirmiers aurait nettement baissé sans l'apport de l'immigration (Zurn et Dumont, 2008). Aux États-Unis, le pourcentage d'infirmiers titulaires formés à l'étranger dans le nombre total d'infirmiers nouvellement enregistrés a doublé entre 1995 et 2006 (Aiken et Cheung, 2008). La proportion d'infirmiers formés à l'étranger dans le nombre total d'infirmiers a été également importante en Irlande, au Danemark et au Canada. Pour les autres pays pour lesquels on dispose de données (Belgique, Suède, Finlande et Pays-Bas), le rôle des migrations est plus limité.

2.3. Quand et pourquoi se produisent les recrutements internationaux de professionnels de santé

De nombreux facteurs contribuent à expliquer les différences entre pays dans la contribution des migrations aux variations des effectifs de personnel de santé. Dans certains cas, le recrutement international de médecins et d'infirmiers résultera de la non-concordance imprévisible de l'offre et de la demande de médecins ou d'infirmiers mais, comme nous l'avons déjà évoqué, il se pourrait également qu'il reflète simplement le rôle des migrations dans la dynamique du marché du travail en général.

Non-concordance imprévisible de l'offre et de la demande due à des chocs exogènes

En dépit des efforts déployés par les autorités nationales et régionales pour anticiper et réguler la demande de professionnels de santé, il se peut que l'arrivée de nouveaux diplômés ne soit pas suffisante pour satisfaire la demande. Cela peut se produire principalement en raison de la durée des études de médecine⁵ : il faut environ dix ans pour former un médecin, ce qui peut être bien supérieur au délai requis pour infléchir les politiques publiques.

Les changements apportés aux textes de loi réglementant les horaires de travail des jeunes médecins ou autres professionnels de la santé en général, notamment au sein de l'Union européenne avec la Directive européenne sur le temps de travail mais également aux États-Unis, sont de bons exemples de chocs de demande non anticipée qui ont contribué à déséquilibrer le marché du travail de la santé.

Au Royaume-Uni, une augmentation importante et durable des dépenses publiques au titre du NHS, quelques années après l'élection du parti travailliste en 1997 fournit un autre exemple immédiat de changement soudain de la demande de professionnels de santé. En dépit du fait que le NHS a adopté une stratégie mixte ambitieuse pour étoffer ses effectifs englobant notamment un effort de formation, une meilleure rétention et un encouragement au retour à la vie active, à court terme il a fallu accroître de manière sensible les recrutements internationaux pour répondre aux besoins (voir Buchan, 2007 et 2008). En conséquence, le nombre des médecins formés à l'étranger employés par le NHS en Angleterre est passé d'environ 22 000 en 1997 à près de 39 000 en 2005.

Les difficultés à répondre à la demande de travailleurs de la santé peuvent également résulter de sorties inattendues du personnel de santé, y compris de l'émigration. L'élargissement de l'Union européenne en 2004 et 2007 a eu un impact sur l'afflux d'infirmiers et de médecins étrangers en provenance des nouveaux pays membres. C'est une bonne illustration de la capacité des chocs externes à affecter les effectifs de travailleurs de santé des pays d'origine. Dans un contexte différent, la Nouvelle-Zélande et, dans une moindre mesure, le Canada, l'Irlande ou le Royaume-Uni, qui accueillent et envoient à l'étranger de nombreux médecins et infirmiers peuvent être à la merci de changements brusques de politique dans d'autres pays de l'OCDE sur lesquels ils n'ont aucun contrôle.

L'innovation technologique exogène peut également affecter la demande de travailleurs de la santé car elle crée des besoins de nouveaux services de soins (cas, par exemple, du développement de l'imagerie de résonance magnétique) ou des modifications de l'offre de soins et de l'équilibre de compétences. Enfin, en dépit d'une combinaison de mesures incitatives et réglementaires, de nombreux pays de l'OCDE sont confrontés à des difficultés persistantes pour faire correspondre la répartition géographique et/ou la répartition des spécialités des professionnels de la santé avec celle des besoins de la population⁶. En conséquence, une demande insatisfaite peut se produire dans des zones locales ou dans des emplois spécifiques même si, en théorie, l'offre globale de travailleurs de la santé peut être suffisante pour répondre aux besoins.

Les raisons de ces non-concordances imprévisibles de l'offre et de la demande de travailleurs de la santé sont certainement nombreuses et, dans bon nombre de cas, les migrations sont bien souvent comme la principale variable d'ajustement à court terme, probablement avant les prix ou les salaires qui sont habituellement contrôlés pour toute une série de raisons.

Difficultés de la planification du personnel de santé

Nombreux sont ceux qui voient dans la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé le moyen de parvenir à une offre adéquate de personnel de santé. En fait, tous les pays de l'OCDE se livrent à une forme de planification du personnel de santé mais ces exercices se heurtent à de nombreuses difficultés (Kolars, 2001).

Premièrement, la fixation de limites numériques suppose une solide capacité à anticiper la demande future. Or, la tâche est rarement aisée et les exemples de prophéties de pénurie ou d'offre d'excédentaire qui ne se sont jamais concrétisées sont nombreux. Les incertitudes liées aux besoins futurs de la population en termes de santé, le progrès technologique mais aussi la sensibilité méthodologique sont autant d'éléments qui contribuent à affaiblir les exercices de prévisions. En conséquence, planifier le personnel de santé peut au mieux aider à fixer les ordres de grandeur.

Deuxièmement, la planification des effectifs dans les pays de l'OCDE peut être biaisée par un phénomène potentiel de parasitisme. Les pays ne sont pas incités de manière adéquate à former des travailleurs de la santé en nombre suffisant dans la mesure où ils peuvent recourir à l'immigration pour combler d'éventuels déficits entre l'offre et la demande. De même, le fait de former trop de travailleurs peut avoir un coût élevé en termes de dépenses publiques. La tentation qui en résulte est de prendre le risque d'une pénurie et de l'exporter, si elle advient.

Troisièmement, un manque de coordination entre les différents aspects de la planification peut être un obstacle⁷. Au Royaume-Uni, le récent rapport de la Chambre des Communes sur la planification de la main-d'œuvre appelait à une meilleure intégration de la planification de la main-d'œuvre, du financement et des services (*House of Commons*, 2007).

Quatrièmement, le nombre de places à l'entrée des universités de médecine et des écoles d'infirmiers peut être limité ou réduit au vu des contraintes budgétaires, du manque d'enseignants et d'une capacité d'enseignement inadéquate. Dans le cas des infirmiers, l'Italie est confrontée à une crise qui prend de l'ampleur. Le nombre des admissions dans les programmes d'enseignement infirmier a augmenté de 2 % par an depuis 2000, mais les coupes budgétaires ont empêché la création d'un plus grand nombre de postes d'infirmiers, ce qui a généré une pénurie de soins infirmiers (Chaloff, 2008). Des situations similaires face à une demande croissante ont été observées dans d'autres pays de l'OCDE.

Enfin, alors que la planification de la main-d'œuvre pourrait permettre de prendre en compte la dynamique entre formation nationale et recrutements internationaux, il en est rarement ainsi. Il est rare, en effet, que les flux d'immigration et d'émigration soient pleinement pris en compte, excepté en faisant l'hypothèse de chiffres constants. C'est un inconvénient majeur car, dans de nombreux pays de l'OCDE, les flux entrants d'étudiants en médecine étrangers et de professionnels de santé formés à l'étranger représentent une proportion croissante du personnel de santé, comme nous l'avons vu ci-dessus.

Déterminants des migrations de professionnels de santé

On ne doit pas considérer que toutes les migrations de professionnels de santé répondent à des facteurs d'attraction spécifiques au secteur de la santé du pays d'origine, tels qu'une meilleure rémunération, un perfectionnement professionnel et des perspectives de carrière, ou le désir de travailler dans un environnement différent. De nombreux autres facteurs entrent en jeu, y compris des facteurs d'impulsion dans le pays d'origine mais aussi les politiques en matière de migrations (encadré 2.4).

Encadré 2.4. **Modélisation des déterminants de la contribution des médecins formés à l'étranger aux effectifs de personnels de santé**

Différents ensembles de variables explicatives de la contribution des médecins formés à l'étranger aux variations du stock de médecins pour les périodes 1995-2000 et 2000-2005 ont été considérés, y compris les indicateurs de l'éducation (*numerus clausus*, taux actuels et différés d'obtention de diplômes), les dépenses de santé (en pourcentage du PIB et du taux de croissance), la variation du nombre de médecins (taux de croissance et augmentation du nombre des médecins praticiens) mais aussi les migrations (taux d'expatriation des médecins et pourcentage de personnes nées à l'étranger parmi les personnels hautement qualifiés).

Même si cet exercice expérimental se heurte à un certain nombre de limites dues à la disponibilité des données, il confirme le rôle prépondérant du contexte général des migrations pour expliquer l'importance relative des recrutements internationaux de médecins dans le profil des personnels de santé. Les pays confrontés à un taux plus élevé d'expatriation de leurs médecins tendent également à recruter davantage à l'étranger. L'importance relative de l'immigration hautement qualifiée explique, en général, une part importante des différences entre pays. En fait, cette variable a un coefficient voisin de un mais n'est pas très significative dans l'équation estimée ci-dessous :

$$\text{Share_FT_Doc} = 3.4 + 0.4 \cdot P9500 + 1.2 \cdot \text{Share_FB_HS} + 1.7 \cdot \text{Expatriation_rate}$$

(9.3) (7.2) (0.6) * (0.6) ***

$$N = 32 \quad R^2 \text{adj.} = 0.31 \quad *** = 1\% \quad * = 10\%$$

Où : *Share_FT_Doc* = Pourcentage de variation du stock de médecins attribuable aux variations du stock de médecins formés à l'étranger.

P9500 = Indice de la période 1995-2000.

Expatriation rate = Taux d'expatriation des médecins (2000).

Share_FB_HS = Proportion des personnes ayant suivi un enseignement supérieur nées à l'étranger (2000).

Toutefois, aucune preuve solide de l'impact d'autres indicateurs (par exemple variation du nombre de médecins, formation, dépenses de santé) n'a pu être établie. Cela ne signifie pas l'absence de lien mais plutôt le fait que ce lien joue probablement dans les deux sens : i) on enregistre une forte progression du stock de médecins lorsqu'on a investi plusieurs années auparavant dans la capacité éducative et qu'en conséquence il n'est plus nécessaire de recruter à l'étranger, et ii) des variations soudaines de la demande de médecins génèrent plus de migrations.

Il est particulièrement difficile d'établir, à partir de données internationales, quels sont les principaux déterminants de la contribution des médecins formés à l'étranger aux variations du stock total de médecins car les relations sont probablement pour l'essentiel des effets idiosyncrasiques qui ne pourraient s'analyser qu'avec des données de panel.

On ne dispose de données que pour deux périodes (1995-2000 et 2000-2005) et pour 16 pays de l'OCDE (soit 32 observations) et ces données ne contiennent aucun indicateur qualitatif sur la politique de santé ou la politique en matière de migrations. En outre, on manque de données longitudinales pour identifier les effets spécifiques à un pays.

2.4. Limites des recrutements internationaux de travailleurs de santé

Les recrutements internationaux de travailleurs de santé formés à l'étranger ne sont pas la panacée même s'ils peuvent, à court terme, faciliter l'ajustement de l'offre à la demande et contribuer à réduire le coût de formation pour le pays recruteur. Des limites importantes au recours à l'immigration ont trait à des problèmes liés à l'intégration des immigrants dans le personnel de santé (reconnaissance des diplômes étrangers et bonne pratique de la langue); au coût des recrutements internationaux, en particulier lorsque les migrations sont essentiellement temporaires; à la difficulté de garder des médecins et des infirmiers dans des localités et pour des postes moins attractifs et le risque de devenir excessivement indépendants des professionnels de santé étrangers pour satisfaire les besoins nationaux.

La fidélisation sur le long terme sera particulièrement problématique si le recrutement est motivé principalement par un manque d'offre nationale et si les sorties de la profession sont dues à des conditions de travail et à une situation de l'emploi professionnel relativement médiocres dans le pays d'accueil. C'est la raison souvent invoquée pour certains recrutements d'infirmiers. Le recours systématique à l'immigration pourrait décourager les réponses nationales telles qu'un effort accru de formation et des incitations adéquates pour attirer les candidats vers les professions de santé. Cela pourrait induire une plus grande dépendance à l'égard des flux migratoires.

Notes

1. Toutefois, l'enseignement médical de premier cycle est partiellement financé par les États, notamment par le biais du programme Medicaid. Environ 60 % de toutes les écoles de médecine allopathique et 30 % des écoles de médecine ostéopathe sont des écoles d'État ou liées à l'État.
2. Entre 1985 et 2000, environ 1 000 diplômés d'écoles internationales de médecine américaines sont entrés chaque année dans une formation en résidence et ce nombre a augmenté ces dernières années, essentiellement à cause du développement des écoles de médecine dans la zone Caraïbes (Cooper, 2008).
3. Par exemple, cela est dû au coût. Le coût de ce développement semble encore faire débat aux États-Unis. On estime à 4 à 5 milliards de USD l'investissement annuel nécessaire pour atteindre l'objectif de l'AAMC, à savoir augmenter de 30 % le nombre des inscriptions dans les écoles de médecine (Weiner, 2007).
4. Dans certains pays, comme les États-Unis, les pourcentages calculés sont plus élevés que ne l'aurait laissé penser une analyse effectuée sur la base de données sur les flux d'immigrants. Cela tient au fait qu'aux États-Unis, les médecins formés à l'étranger tendent à être des immigrants permanents et sont sous-représentés dans les sorties de la population active. Rares sont ceux qui partent et la plupart des retraités appartiennent à des cohortes d'âge qui englobaient peu de médecins formés à l'étranger. Dans d'autres pays, comme la Nouvelle-Zélande ou le Royaume-Uni, c'est l'inverse que l'on peut observer car les migrations sont essentiellement temporaires mais aussi parce que l'émigration de médecins formés dans le pays est assez importante. L'émigration est également importante pour l'Allemagne. Dans le cas de la France, l'importance des migrations s'explique essentiellement par des taux d'obtention de diplômes en baisse (et faibles) depuis au minimum les deux dernières décennies malgré une progression continue du nombre total de médecins.
5. La situation est, dans une certaine mesure, différente pour les infirmiers, bien que les infirmiers titulaires spécialisés (par exemple, les infirmiers de bloc opératoire, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers-urgentistes, les infirmiers en oncologie, etc.) doivent également suivre une longue formation.

6. Pour une discussion du rôle potentiel des migrations dans la gestion des déséquilibres géographiques, voir la section 1.5 du chapitre 3.
7. Bien souvent aussi, la planification de la main-d'œuvre ne prend pas en compte l'interrelation entre les professions de santé (Maynard, 2006).

Chapitre 3

Améliorer l'utilisation et la mobilisation des compétences professionnelles existantes

Le chapitre 3 examine les autres politiques en matière de personnels de santé visant à utiliser efficacement les ressources disponibles dans le secteur de la santé. Il est possible d'améliorer l'utilisation et la mobilisation des compétences du personnel de santé à travers une série de mesures, telles que : l'amélioration de la rétention et de l'intégration, une répartition plus efficiente des fonctions et l'augmentation de la productivité.

Les pays de l'OCDE peuvent envisager différentes mesures pour améliorer l'utilisation du personnel de santé existant afin de faire face aux risques de pénurie futurs. Une meilleure rétention du personnel, une intégration accrue et une répartition plus efficace des fonctions peuvent contribuer à améliorer la disponibilité, la compétence, la réactivité et la productivité du personnel existant. En outre, toutes choses égales par ailleurs, un pays retiendra plus facilement ses professionnels de santé et donc aura moins besoin de recourir davantage à l'immigration, s'il gère bien ses effectifs de personnels de santé. Dans ces circonstances, il est souhaitable de mener de front toutes les politiques envisageables pour apporter une solution efficace aux pénuries de personnel de santé. Ce chapitre s'intéresse plus particulièrement aux politiques visant à améliorer l'utilisation de la main-d'œuvre existante.

1. Retenir les professionnels de santé

Chaque année, de nombreux travailleurs de santé changent de poste ou quittent, de façon temporaire ou définitive, leur profession, leur région ou leur pays¹. Pour réduire le taux de rotation du personnel², les autorités et les gestionnaires des systèmes de santé ont souvent eu recours à la revalorisation des rémunérations ou à d'autres incitations financières. L'impact de ces pratiques est cependant mitigé. D'autres options telles que l'amélioration du statut professionnel et de l'environnement de travail suscitent une attention croissante et semblent produire de bons résultats.

1.1. Les problèmes de rétention compromettent la capacité à dispenser des soins de qualité

Si un certain niveau de rotation est tout à fait normal sur un marché du travail infirmier efficient, une rotation excessive peut compromettre la qualité des services de santé et traduire l'existence de difficultés de rétention. Elle implique des coûts de recrutement et de remplacement temporaire, auxquels il faut ajouter une productivité initiale faible parmi les nouvelles recrues. Par exemple, O'Brien-Pallas *et al.* ont estimé les coûts de rotation directs et indirects par infirmier à 16 600 USD en Australie, 10 100 USD au Canada, 10 200 USD en Nouvelle-Zélande et 33 000 USD aux États-Unis (O'Brien-Pallas *et al.*, 2006). Par ailleurs, les problèmes de rétention peuvent avoir une incidence négative sur plusieurs activités importantes de traitement et de suivi (Minore *et al.*, 2005).

Il existe plusieurs types de rotation, qui nécessitent différentes mesures de gestion de la rétention. La rotation « contrôlée » correspond aux départs dus à la retraite, aux licenciements et au redéploiement des effectifs. La rotation « volontaire » est le fait des travailleurs qui quittent leur emploi actuel parce qu'ils en sont mécontents ou qu'ils espèrent de meilleures perspectives de carrière et un meilleur salaire dans un autre emploi. Malheureusement, il n'existe pas d'informations systématiques sur l'importance relative de ces deux types de rotation. Il semble, d'après certaines données, que les départs en retraite et les départs volontaires soient les principaux déterminants du taux de rotation, même si les variations entre pays et entre professions sont substantielles (O'Brien-Pallas *et al.*, 2007; Cash et Ulmann, 2008).

1.2. Une meilleure rémunération est-elle la clé de tout?

Les gestionnaires et les décideurs disposent de plusieurs leviers financiers pour retenir le personnel médical et infirmier : hausses de salaire, primes, aides au remboursement de prêt, aides financières ciblées pour la famille du personnel ou encore bourses de formation.

La revalorisation des rémunérations fait partie des approches les plus couramment utilisées pour réduire la rotation du personnel infirmier. Pourtant, les incitations financières ont donné des résultats mitigés dans ce domaine. Si, dans plusieurs pays européens, entre 58 et 90 % des infirmiers déclarent être très insatisfaits de leur salaire, les données issues de l'une des études NEXT³ portent à croire que la faiblesse des rémunérations n'offre qu'une explication marginale de la décision des infirmiers de quitter leur profession. Les examens de la littérature consacrée à l'offre de personnel infirmier n'observent qu'une relation positive faible entre le salaire et l'offre de travail (Shield, 2004; Chiha et Link, 2003; et Antonazzo et al., 2003). Il semble néanmoins que le salaire soit l'une des raisons sous-jacentes de la désaffection à l'égard de la profession (Hasselhorn et al., 2005).

Mettre en place le juste niveau de rémunération afin d'influencer l'offre de médecins n'est pas une tâche aisée. De même, les réformes menées dans le secteur de la santé visant à enrayer la hausse des rémunérations afin de contenir les dépenses de santé globales, ont soumis certains pays à des difficultés pour maintenir un niveau de service adéquat (Docteur et Oxley, 2004). Les augmentations de salaires pour les médecins au Royaume-Uni, mises en place dans le cadre d'un nouveau contrat pour les consultants hospitaliers en 2003 semblent avoir contribué à une hausse du nombre de ces consultants (Buchan, 2008). Cependant, leur augmentation semble avoir entraîné des coûts significatifs (NAO, 2007). Comme dans le cas des infirmiers, les politiques se sont concentrées sur un panel d'incitations tels que des incitations financières ou l'amélioration de la flexibilité du temps de travail, le développement d'opportunités de carrières, ou encore une offre plus large de formations continues.

1.3. Meilleure organisation de la main-d'œuvre et conditions de travail

Le manque de reconnaissance, le contrôle limité exercé dans l'emploi et le mécontentement à l'égard des conditions de travail⁴ semblent être des déterminants plus importants de la décision de quitter la profession infirmière que le faible niveau perçu des salaires (Hasselhorn et al., 2005). Aussi les politiques axées sur le statut professionnel et l'environnement de travail suscitent-elles une attention croissante. Plusieurs pays de l'OCDE ont cherché à réduire le taux de rotation du personnel infirmier en allégeant les charges de travail (Simoens et al., 2005). Les stratégies en faveur des « milieux de travail sains », qui comprennent par exemple des dispositifs d'organisation du travail souples, des initiatives favorables aux familles, l'octroi de prestations de congé ou d'indemnités ou encore des pratiques liées à la sécurité, sont perçues comme ayant un impact positif sur la rétention du personnel infirmier (Wagner et al., 2002). Il existe encore d'autres dispositifs efficaces, tels que les programmes de développement professionnel ou la redéfinition ou le transfert des tâches, qui permettent de réduire le surmenage. Une étude portant sur la capacité de travail perçue des infirmiers dans dix pays européens suggère de mettre en œuvre de politiques institutionnelles de maintien de la capacité de travail via une amélioration des conditions de travail et de la qualité de l'environnement de travail, et la recherche d'autres travaux infirmiers appropriés pour celles qui ne sont plus en mesure d'assumer leur poste actuel (Camarino et al., 2006).

Aux États-Unis, les « hôpitaux aimants » (*magnet hospitals*) mettent en œuvre des pratiques qui ont fait la preuve de leur efficacité, notamment : mise en place d'une structure organisationnelle plate, décentralisation des décisions, flexibilité des horaires, relations positives entre personnel infirmier et médecins, possibilités de développement professionnel, bon équilibre entre effort et récompense et investissements dans la formation du personnel infirmier (Hasselhorn et al., 2005). Ces établissements sont parvenus à attirer et retenir les infirmiers au moment où l'offre de personnel faisait sérieusement défaut, tout en obtenant de bons résultats sur le plan de la santé des patients. Le nombre d'hôpitaux ayant obtenu ou demandé, au titre du programme « magnet recognition » que soit reconnue l'excellence organisationnelle de l'administration de leurs services infirmiers, donne à penser que des changements positifs se sont produits dans l'environnement de travail du personnel infirmier aux États-Unis (Aiken et Cheung, 2008).

Bien que le problème de la rétention soit moins critique pour les médecins qu'il ne l'est pour le personnel infirmier, les stratégies de gestion du personnel axées sur les facteurs non monétaires peuvent influencer sur le taux de rétention des médecins également. Selon une étude récente consacrée à l'Allemagne, trois facteurs ont un impact direct sur la satisfaction éprouvée par les médecins vis-à-vis de leur emploi et, par conséquent, sur leur maintien dans la profession : le pouvoir de décision et la reconnaissance; la formation continue et la sécurité de l'emploi; les tâches administratives et les relations avec les pairs (Janus et al., 2007).

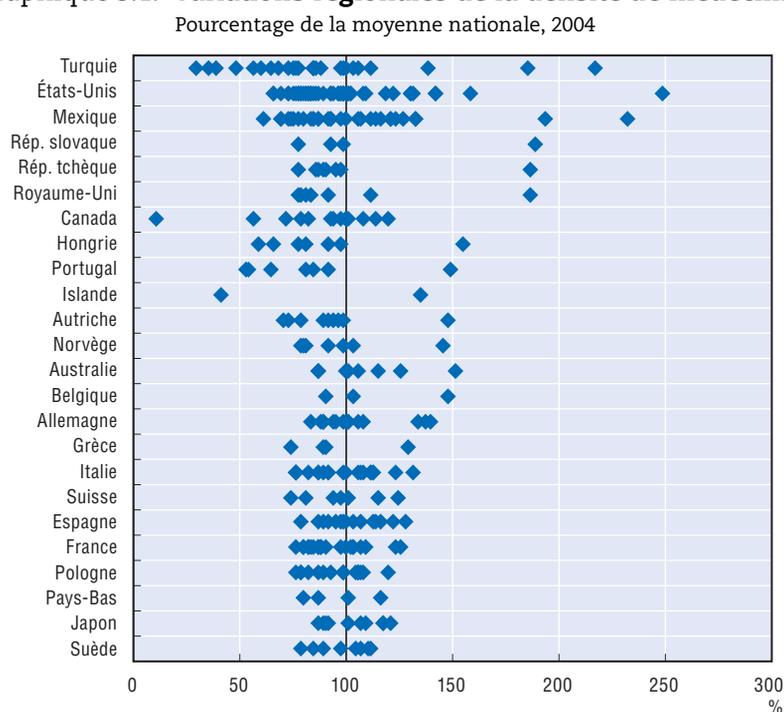
La flexibilité est un facteur important, en particulier dans le contexte de la féminisation croissante du personnel médical (graphique 1.6 ci-dessus). Young et Leese (1999) ont constaté que l'aménagement des horaires de travail, l'assouplissement des filières de développement professionnel et l'offre de possibilités de formation continue plus étendues étaient les principaux instruments de l'amélioration de la rétention du personnel médical au Royaume-Uni. De plus, il existe des différences liées au sexe dans le contenu du travail et le choix des spécialisations médicales, qui requièrent l'attention des politiques au vu de la féminisation grandissante d'une profession traditionnellement masculine. Il se pourrait néanmoins que ces changements organisationnels soient difficiles à mettre en œuvre. L'introduction d'horaires de travail flexibles et le renforcement de l'autonomie au travail risquent de se heurter à certaines résistances et à des difficultés d'ordre bureaucratique dans de nombreux établissements. Il peut également y avoir des difficultés qui sont spécifiques à un pays. Il existe aux États-Unis, des possibilités d'emploi à temps partiel, y compris des possibilités d'emplois des médecins seniors, mais le coût élevé des primes de l'assurance responsabilité civile, qui n'est pas calculé au pro rata du temps de travail, constitue souvent un obstacle (Cooper, 2008).

Enfin, la violence à l'encontre des professionnels de santé, en particulier des femmes, est un phénomène de plus en plus répandu⁵ mais qui a peu retenu l'attention jusqu'à présent (Dalphond et al. 2000). Certaines études observent un lien direct entre les agressions et la hausse des congés de maladie, du surmenage et du taux de rotation du personnel (Farrell 1999; O'Connell et al., 2000). Quelques pays de l'OCDE ont commencé à agir pour lutter contre cette violence. Au Royaume-Uni, le *National Health Service* a lancé en 1999 la campagne Zéro Tolérance – remplacée ensuite par le *Security Management Service* – afin de mieux protéger son personnel et ses biens. Les mesures de prévention de la violence les plus courantes sont l'introduction de systèmes de surveillance par télévision en circuit fermé, les restrictions d'accès à certaines zones, le recours à du personnel de sécurité et l'amélioration des éclairages.

1.4. Améliorer la rétention du personnel dans les zones reculées et mal desservies

Presque tous les pays de l'OCDE souffrent d'un déséquilibre de la répartition géographique du personnel de santé entre, d'une part, les zones rurales, reculées et pauvres, et d'autre part, les zones urbaines, centrales et riches. Les États-Unis et la Turquie sont les pays qui affichent les plus grandes disparités du nombre de médecins par habitant entre les régions les mieux dotées et celles qui le sont le moins : dans ces pays, les régions à forte densité comptent jusqu'à 2.5 et 2.2 fois plus de médecins respectivement que la moyenne nationale (graphique 3.1). Malheureusement, les données sur les variations régionales de la population médicale ne sont pas corrigées en fonction des besoins, de sorte qu'il est impossible de déterminer dans quelle mesure ces différences pourraient refléter des variations entre des régions n'ayant pas les mêmes besoins.

Graphique 3.1. Variations régionales de la densité de médecins



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448821632873>

Note : Chaque point se réfère au poids de la densité de médecins d'une région par rapport à la densité moyenne correspondante du pays.

Les régions situées en dessous (au dessus) des 100 % ont une densité de médecins qui est inférieure (supérieure) à la moyenne nationale.

Source : OCDE (2007c), *Panorama des régions*, Paris.

Les incitations financières visant à corriger les déséquilibres de la répartition géographique des médecins semblent produire des résultats mitigés. Les différences de salaires sont l'une des motivations les plus fréquentes des migrations internationales, en particulier entre pays à revenu faible et pays à revenu élevé (OMS, 2006). Les programmes nationaux, qui consistent à proposer une rémunération plus élevée aux médecins et infirmiers qui choisissent de s'installer dans une région mal desservie, défavorisée ou rurale, produisent généralement des effets à court terme, mais n'ont pas d'effet durable à moyen et long terme (Bourgueil et al., 2006) vraisemblablement parce que la rémunération

ne suffit pas à compenser le manque de services publics et d'accès à de bonnes écoles pour les enfants des médecins et des infirmiers. Des problèmes similaires se posent dans les pays à revenu intermédiaire, notamment en Afrique du Sud. Par ailleurs, il est difficile de dire si les mesures axées sur la rémunération sont plus ou moins coûteuses que les approches éducatives ou réglementaires (Simoens et Hurst, 2006).

Comme dans le cas des incitations financières, nombre des politiques visant à corriger ces déséquilibres géographiques n'ont produit qu'un impact de courte durée. L'Australie, les États-Unis et la Nouvelle-Zélande ont imposé des obligations de durée de séjour minimum aux médecins immigrants ou mis en place des programmes de médecins remplaçants et de dispenses de visa pour attirer les professionnels de santé étrangers dans les zones non desservies. En outre, même si les professionnels de santé de l'étranger sont disposés à aider les pays à résoudre leurs problèmes de pénurie et de déséquilibres géographiques, il apparaît que peu d'entre eux restent dans les régions en manque de personnel dès lors qu'ils obtiennent un statut permanent ou que leur inscription n'est plus soumise à aucune restriction, d'où la nécessité de faire régulièrement appel à de nouvelles recrues de l'étranger. De même, les afflux massifs à court terme ne permettent pas la continuité de la pratique professionnelle sur le moyen et le long terme et impliquent des coûts de recrutement liés à la rotation importante et de coûts formation élevés.

De plus en plus, les pays de l'OCDE prennent des mesures spécifiques pour accroître les taux de rétention à moyen et long terme dans les zones rurales. Par exemple, ils encouragent les étudiants à travailler en milieu rural pendant leur formation initiale, s'emploient à améliorer, chez les professionnels, les compétences requises pour travailler dans ces zones, ou s'efforcent de mieux repérer les étudiants les plus aptes à travailler en milieu rural. Les étudiants issus de zones reculées sont plus susceptibles de pratiquer la médecine dans leur région d'origine. Récemment, les écoles de médecine de Nouvelle-Zélande ont relevé leurs quotas d'admission pour encourager l'inscription d'étudiants originaires de régions rurales. Au Canada, l'enseignement de la médecine s'est effectué jusqu'ici essentiellement en milieu urbain et il n'expose les étudiants à la médecine et au mode de vie du monde rural que de façon limitée et à titre facultatif. Des efforts dans le domaine de la formation théorique et pratique des médecins ont donc été entrepris dans trois régions spécifiques. Ils ont consisté à exposer davantage les étudiants des écoles de médecine au contexte de la médecine rurale, à développer les programmes de résidence en milieu rural pour l'acquisition de compétences appropriées, et à augmenter le nombre des étudiants en médecine issus du monde rural. Le développement de l'enseignement médical universitaire en Colombie-Britannique et la création d'une nouvelle école de médecine dans le nord de l'Ontario avec, dans les deux cas, des campus en milieu rural, illustrent cette nouvelle approche en matière d'exposition à la médecine et au mode de vie du milieu rural (Dumont et Zurn, 2008).

Les pouvoirs publics ont également cherché à prévenir l'isolement des professionnels de santé et à améliorer leurs conditions de vie. Ainsi, ils ont pris des mesures pour encourager la collaboration et la coordination entre les professionnels de santé dans les zones rurales, faciliter le développement professionnel et aider les conjoints à trouver du travail (Bourgueil *et al.*, 2006). Cependant, orienter le personnel de santé dans des régions mal desservies un panel d'actions politiques qui vont au-delà du secteur de la santé. Par exemple, ces régions n'offrent pas de services minimums (écoles) et d'opportunités de travail pour les conjoints.

1.5. Attirer les professionnels de santé dans les spécialités où il y a pénurie

La difficulté de recruter du personnel médical et infirmier pour certaines carrières est analogue à celle de la répartition géographique. La question de la répartition entre spécialités peut, dans certains cas, être plus fondamentale encore que celle des pénuries et des excédents en valeur globale. La plupart des pays de l'OCDE ont des difficultés à attirer les étudiants vers la médecine familiale, la médecine générale, la psychiatrie et autres spécialités dont ont besoin les régions rurales. Dans un contexte de vieillissement et de féminisation de la population, certains pays de l'OCDE peuvent connaître des pénuries de personnel médical formé à la gériatrie et à la chirurgie.

Même lorsque les programmes de formation du personnel médical et infirmier de niveaux prélicence et postlicence s'adaptent rapidement au vue des changements épidémiologiques, ces adaptations peuvent n'être pas suffisantes pour attirer les étudiants vers certaines carrières car plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dans le choix des étudiants : statut, rémunération, charge de travail perçue, temps de travail. Comme dans le cas de la distribution géographique, il peut être nécessaire d'améliorer la rémunération relative, la flexibilité du travail et les conditions de service et de supprimer les brimades en cours de formation pour attirer les médecins vers des spécialités moins populaires. Cela peut être essentiel, par exemple, pour encourager les femmes à se lancer dans une carrière chirurgicale (Ormanczyk *et al.*, 2002). Au Royaume-Uni, on a constaté que des conseils et un soutien prodigués à un stade précoce au niveau des écoles de médecine et après l'obtention du diplôme pouvaient encourager les jeunes médecins à choisir une spécialité dans lesquelles il y a pénurie (Mahoney *et al.*, 2004). Selon un examen de l'expérience en la matière des pays de l'OCDE, le fait de donner aux étudiants une expérience des soins primaires et de désigner des modèles de rôle de soins primaires à des postes académiques influence le choix des étudiants, les orientant vers des carrières dans les soins primaires (Simoens et Hurst, 2006).

1.6. Assouplir les politiques de départ en retraite

Dans de nombreux pays, la génération du « baby-boom » représente une fraction significative de la population active, et beaucoup de ses membres prendront leur retraite dans les deux à vingt prochaines années. Jusqu'à une date récente, peu de pays de l'OCDE avaient mis en œuvre ou prévu des politiques spécifiques pour s'attaquer à ce problème (Simoens *et al.*, 2005). En fait, jusqu'à la fin des années 90, nombre d'employeurs, dans certains pays, encourageaient même les infirmiers à prendre leur retraite de manière anticipée dans le souci d'économiser sur les coûts⁶. La féminisation des professions médicales devrait encore renforcer ces tendances, dans la mesure où les professionnels femmes du secteur de la santé prennent généralement leur retraite plus tôt que leurs homologues masculins⁷. Dans certains pays de l'OCDE, les départs en retraite annuels ont déjà atteint des niveaux proches des délivrances annuelles de diplômes et les taux de départ en retraite vont augmenter à l'avenir⁸.

L'adoption de modes d'organisation du travail souples, permettant aux professionnels de santé qui ont atteint l'âge légal de la retraite de continuer à travailler tout en percevant leur pension, peut les encourager à différer leur départ en retraite. Au Royaume-Uni, une initiative d'assouplissement des conditions de départ en retraite lancée en 2000 permet au personnel approchant de l'âge de la retraite de passer à un temps partiel tout en conservant ses droits aux prestations de retraite (Simoens et Hurst, 2006). En France, les médecins qui atteignent l'âge légal de la retraite peuvent cumuler leur pension de retraite

avec des revenus d'activité jusqu'à un certain montant. De même, les médecins âgés peuvent être dispensés des astreintes de nuit et de week-end (Cash et Ulmann, 2008). En Belgique, un certain nombre d'hôpitaux ont réussi à améliorer la rétention de leur personnel infirmier en autorisant les personnes âgées de 55 ans et plus à travailler 32 heures tout en conservant un salaire équivalent à 40 heures (Peterson, 2001).

Les stratégies visant à améliorer la rétention du personnel devraient prévoir un aménagement de l'éventail des tâches effectuées par les infirmiers les plus âgés. Au Canada, par exemple, les infirmiers sont l'une des catégories professionnelles qui a le taux de congés de maladie le plus élevé. Cette situation s'explique principalement par le stress lié au travail, le surmenage et les troubles musculosquelettiques, qui affectent plus particulièrement les infirmiers âgés (Shamian *et al.*, 2003).

Enfin, de nombreux pays de l'OCDE ont engagé un débat sur la modification de l'âge légal de la retraite. Même si cette approche est susceptible d'atténuer les pénuries dans une certaine mesure, il est probable qu'il faudra du temps avant qu'elle porte pleinement ses fruits. De plus, elle ne diminuera pas le nombre des départs en préretraite dans la profession.

2. Améliorer l'intégration au sein du personnel de santé

Les travailleurs de santé immigrants qui n'ont pas la possibilité d'exercer leur profession dans leur pays de destination et les médecins et infirmiers qui quittent le marché du travail de la santé (pour des raisons autres que la retraite) impliquent une perte de compétences. Les pays de l'OCDE gagneraient peut-être à s'attaquer à la question de la reconnaissance des diplômes des professionnels de santé formés à l'étranger et à prendre des mesures spécifiques pour encourager le retour des travailleurs de santé formés dans le pays qui ont quitté le marché du travail.

2.1. Reconnaissance des diplômes étrangers et erreurs de ciblage

Pour pouvoir exercer, les professionnels de santé doivent remplir certaines obligations d'enregistrement ou d'obtention de licence. Ces mesures garantissent le respect des normes éducatives et professionnelles jugées nécessaires pour assurer la sécurité des patients et la qualité des soins. Pour obtenir leur inscription, les médecins et infirmiers formés à l'étranger doivent au préalable faire reconnaître leurs diplômes. Ces procédures sont nécessaires pour garantir que les professionnels de santé étrangers, lorsqu'ils seront absorbés dans les personnels de santé locaux, respecteront les normes de pratique professionnelle en vigueur. Néanmoins, ces procédures peuvent également être utilisées pour contrôler les flux non désirés de travailleurs de santé formés à l'étranger. En dépit de certaines caractéristiques communes, les pays de l'OCDE ont adopté des approches quelque peu différentes en matière de reconnaissance des diplômes (encadré 3.1).

La reconnaissance des diplômes étrangers est un processus complexe qui, s'il est mal ciblé, peut entraîner une perte d'efficacité considérable.

Un premier facteur d'inefficacité important, qui ne sera pas traité de façon approfondie dans ce rapport, réside dans l'acceptation de diplômes qui ne sont pas valables. La qualité de l'enseignement médical et infirmier n'est pas homogène, ce qui limite la transférabilité des compétences. Ce type d'erreur peut mettre en danger la sécurité des patients et, au bout du compte, compromettre les résultats sanitaires. Une grande partie des retards, rejets et vérifications qui interviennent dans le processus de

Encadré 3.1. **Les différentes approches de la reconnaissance des diplômes étrangers**

Une fois leurs diplômes vérifiés, les professionnels de santé doivent se soumettre à des tests linguistiques et à des examens d'habilitation théorique et pratique. Citons, par exemple, l'examen national d'agrément pour les infirmiers enregistrés aux États-Unis et l'examen d'immatriculation (NZREX clinical) pour les médecins en Nouvelle-Zélande. Dans certains pays, par exemple en Nouvelle-Zélande ou au Royaume-Uni, le degré de maîtrise de la langue exigé a été relevé au fil des ans, ce qui peut avoir un impact direct sur les entrées de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger. Certains pays comme le Royaume-Uni, la Finlande et l'Irlande imposent une période d'adaptation ou de supervision initiale.

À l'intérieur des zones de libre circulation (par exemple, l'Union du passeport nordique, la Zone transtasmanienne, l'Union européenne), les exigences sont généralement moins strictes et la reconnaissance des diplômes s'en trouve facilitée. Par exemple, en vertu du cadre légal adopté par l'Union européenne, les diplômes obtenus par les professionnels médicaux dans un État membre sont automatiquement reconnus dans les autres États membres.

Certains pays de l'OCDE ont adopté des procédures simplifiées qui permettent aux professionnels de santé d'obtenir une inscription temporaire ou conditionnelle, par exemple lorsque leurs compétences sont considérées comme presque équivalentes (Pays-Bas) ou lorsqu'ils sont entrés dans le pays avec un statut d'émigration temporaire ou par le biais d'un programme de parrainage (Australie). En Nouvelle-Zélande, l'inscription provisoire est accordée aux professionnels qui ont travaillé en continu pendant au moins trois ans dans un système de santé considéré comme comparable (Zurn et Dumont, 2008).

À l'autre extrémité du spectre, certains pays imposent aux professionnels de santé formés à l'étranger des exigences plus strictes : obtention d'un diplôme national de troisième cycle (par exemple, le Canada); accomplissement d'une période d'internat et de résidanat en troisième cycle (par exemple, États-Unis); ou acquisition de la citoyenneté du pays d'accueil (par exemple, Finlande, Grèce, Italie, Luxembourg et Turquie). En France, bien que le Code de la santé publique fasse mention d'un critère de nationalité (Article L-4111-1), les hôpitaux publics emploient un grand nombre de médecins étrangers. Beaucoup d'entre eux travaillaient avec des contrats précaires en tant que stagiaires. Cependant, d'importants efforts ont été consentis récemment pour régulariser leur statut professionnel (environ 9 500 autorisations ont été délivrées par le ministère de la Santé depuis 1999), et une nouvelle procédure a été mise en œuvre pour la reconnaissance des diplômes des médecins formés à l'étranger (Ordre national des médecins, 2006). Ces exigences retardent l'entrée et réduisent l'apport de professionnels de santé formés à l'étranger dans le pays d'accueil.

reconnaissance des diplômes étrangers sont motivés par la volonté d'éviter ce genre d'erreur. À l'évidence, d'autres objectifs de politique peuvent jouer un rôle dans ce processus. Par exemple, les délais de reconnaissance peuvent être raccourcis ou les critères assouplis en fonction de la situation du marché du travail national, comme le montre l'expérience du Royaume-Uni (Buchan, 2007). Même si elle n'a aucun lien direct avec les compétences professionnelles, la maîtrise de la langue est également exigée car elle est essentielle pour dispenser des soins de santé adaptés aux besoins dans des conditions d'efficacité et de sécurité. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les migrants doivent passer avec succès les tests de langue et dans certains pays les notes requises ont été relevées récemment (encadré 3.1).

Deuxièmement, le rejet ou la non-reconnaissance de diplômes qui sont valides peuvent contraindre les professionnels de santé qualifiés à accepter des postes faiblement rémunérés et à faible niveau de compétences, ne correspondant pas à leur niveau de qualification. Cette perte de statut social et, bien souvent, de ressources financières, peut entamer la motivation des professionnels de santé et compliquer leur intégration dans la société. Elle génère également un gaspillage de qualifications dont le secteur de la santé a tant besoin. De nombreux professionnels de santé émigrent pour des raisons autres que leurs compétences professionnelles (réfugiés, raisons d'ordre familial) et ne pas utiliser leurs compétences est un véritable gâchis. Malheureusement, on ne dispose guère de données sur l'étendue de ce *gaspillage des cerveaux* dans le domaine médical, et moins encore sur son impact économique. Calculer le coût de la non reconnaissance des diplômes étrangers est une tâche complexe et, lorsque ces calculs existent, leur validité est affectée par les difficultés d'évaluation et les hypothèses quant à leur transférabilité et à la qualité de l'enseignement dans les pays d'origine (von Zweck et Burnett, 2006; Reitz, 2001).

Stratégies visant à atténuer les problèmes d'intégration

Plusieurs pays ont mis en place des programmes spécifiques pour faciliter l'intégration des professionnels de santé formés à l'étranger. Récemment, le gouvernement canadien a engagé 75 millions de CAD pour permettre l'intégration complète de 1 000 médecins et 500 autres professionnels de santé qui ont émigré à titre permanent au Canada au cours des cinq prochaines années. L'Australie, de son côté, finance depuis 20 ans des programmes de transition basés sur les compétences, qui ont donné des résultats extrêmement efficaces dans le domaine des soins infirmiers (Hawthorne, 2006; Hawthorne *et al.*, 2006). Le gouvernement canadien a également engagé des efforts financiers pour rationaliser les procédures de vérification des diplômes médicaux internationaux, et amélioré l'accès à l'information en créant une base de données nationale sur les diplômés de médecine internationaux. Au Portugal, un programme de portée relativement restreinte parrainé par des organisations non gouvernementales aide les infirmiers immigrants à obtenir l'équivalence de leurs diplômes d'études et professionnels.

Les réfugiés sont confrontés à des difficultés particulières pour faire reconnaître leurs diplômes, notamment parce qu'ils ne maîtrisent pas forcément la langue du pays d'accueil et qu'ils n'ont pas les documents requis en leur possession. Le Royaume-Uni a mis en œuvre des programmes spéciaux pour aider les réfugiés et les professionnels de santé formés à l'étranger qui sont installés au Royaume-Uni à faire reconnaître leurs diplômes (Butler et Eversley, 2005). Des initiatives similaires existent aux États-Unis et dans d'autres pays de l'OCDE (Dumont et Zurn, 2007).

Les pouvoirs publics se sont également attaqués aux pratiques et facteurs sociaux qui entravent l'intégration et la rétention des professionnels de santé nés à l'étranger dans la société et le monde du travail (encadré 3.2). Ces programmes facilitent l'intégration des immigrants et des professionnels de santé formés à l'étranger dans la population active, mais leur rapport coût-efficacité n'a pas été évalué.

2.2. Encourager les anciens travailleurs de santé à « reprendre du service »

Il existe relativement peu de données sur les mesures visant à ramener dans l'emploi les travailleurs de santé qui ont quitté leur profession. Pourtant, certaines expériences récentes donnent à penser que ces mesures pourraient être efficaces, en particulier dans le secteur infirmier, et suscitent à ce titre un intérêt croissant parmi les décideurs. Si les

Encadré 3.2. **Rétention des professionnels de santé nés à l'étranger**

S'il n'y a aucune raison pour que les travailleurs de santé formés à l'étranger se comportent différemment de leurs homologues formés dans le pays, dans la pratique, les premiers sont souvent confrontés à des obstacles spécifiques qui peuvent entraîner des problèmes de recrutement et de rétention.

Les facteurs sociaux et culturels peuvent jouer un rôle dans la rétention des infirmiers diplômés étrangers (Omeri, 2006). Au Royaume-Uni, par exemple, les infirmiers formés à l'étranger se heurtent au problème de la langue, doivent se familiariser avec des compétences cliniques et techniques différentes, voire sont en butte à un racisme déclaré sur le lieu de travail (Buchan, 2004). Beaucoup peuvent être tentés de changer d'emploi ou de retourner dans leur pays.

Dans certains cas, les pratiques en vigueur font qu'il est difficile pour les professionnels de santé nés à l'étranger de rester sur le marché du travail. Par exemple, les accords contractuels passés avec les travailleurs de santé formés à l'étranger peuvent avoir pour seule fonction de combler les pénuries temporaires ou de remédier aux problèmes de rotation. Dans d'autres cas, les dispositions contractuelles peuvent contribuer à améliorer les taux de rétention. Aux États-Unis, certains hôpitaux se tournent vers des agences spécialisées pour recruter des infirmiers formés à l'étranger, et bénéficient de la garantie de l'agence d'un remboursement complet ou partiel au cas où les nouvelles recrues manqueraient à leurs engagements contractuels (Brush *et al.*, 2004).

La plupart des pays n'ont pas de politique de rétention spécifique à l'égard des travailleurs de santé étrangers, même lorsque ces derniers représentent une fraction importante du personnel de santé global. Les mesures visant à mettre les compétences en adéquation avec les besoins, à améliorer la maîtrise de la langue et à aider les migrants à s'adapter à leur nouvel environnement social et culturel pourraient donc être très bénéfiques. Certaines institutions publiques font appel à des entreprises privées pour prendre des initiatives dans ce sens. Par exemple, les Forces armées royales du Danemark ont chargé une entreprise privée de recruter des médecins polonais pour leur compte. Dans ce contexte, les nouvelles recrues suivent des cours intensifs de danois et des stages d'adaptation professionnelle et culturelle pendant plusieurs mois avant de commencer à travailler au Danemark (Paragona, 2006).

possibilités de ramener des médecins sur le marché du travail médical paraissent limitées dans la majorité des pays de l'OCDE, le nombre de médecins inactifs y étant relativement faible, le « gisement » des infirmiers inactifs est plus vaste (Gupta *et al.*, 2003).

En Nouvelle-Zélande, par exemple, 14 % environ des infirmiers enregistrés et des sages-femmes n'occupaient pas d'emploi dans leur branche – ni aucun autre emploi rémunéré – en 2000⁹. Le pourcentage était encore plus élevé pour les infirmiers de second niveau (NZHIS, 2002). Aux États-Unis, près de 17 % des infirmiers enregistrés agréés¹⁰ ne travaillaient pas dans le secteur infirmier en 2004 (USDHHS, 2006). S'il s'agit du pourcentage d'inactivité le plus faible enregistré depuis 1980, ce chiffre dénote l'existence d'un flux sortant important (Aiken et Cheung, 2008). Même si près de 40 % de ces infirmiers inactifs étaient âgés de 60 ans ou plus – d'où une faible probabilité, dans leur cas, de reprendre un emploi – le groupe des infirmiers enregistrés de moins de 50 ans potentiellement employables comptait à peu près 160 000 personnes. Si l'on considère qu'il y actuellement environ 116 000 postes vacants d'infirmiers déclarés dans les hôpitaux (AHA, 2007), les politiques encourageant le retour des infirmiers à l'emploi semblent très prometteuses.

Compte tenu du coût de la formation des infirmiers, il est probable que les avantages des mesures d'encouragement au retour à l'emploi seraient supérieurs à leur coût. En outre, un pourcentage relativement élevé d'infirmiers inactifs semble intéressé par la perspective d'un retour à l'emploi. En Nouvelle-Zélande, par exemple, plus de trois quarts des infirmiers et sages-femmes inactifs envisagent, le cas échéant, de retourner dans le secteur clinique (Zurn et Dumont, 2008).

Cependant, peu de pays ont mis en place des politiques spécifiques pour ramener les infirmiers dans la profession, et ceux qui l'ont fait n'ont pas trouvé la tâche facile. Au Royaume-Uni, le *National Health Service Plan* a été institué pour encourager la réintégration des infirmiers qualifiés à travers différentes mesures : cours de préparation au retour à l'emploi, amélioration des possibilités d'apprentissage sur le lieu de travail, création de crèches, et mentorat pour les infirmiers qui reprennent le travail (*Secretary of State for Health*, 2000). Au cours des dernières années, on estime qu'environ 3 800 infirmiers et sages-femmes (soit 1 % de la population totale des infirmiers et sages-femmes qualifiés) ont repris le chemin de l'emploi chaque année, mais rien n'indique que la tendance soit à la hausse (Buchan, 2007).

Comme dans le cas de la rétention, les mesures visant à encourager le retour des professionnels de santé dans leur secteur d'activité d'origine doivent comporter un ensemble d'incitations financières, de programmes de développement professionnel et de prestations ciblées. Parmi les principaux facteurs qui sont susceptibles d'encourager les infirmiers à réintégrer le secteur clinique, on peut citer l'assouplissement des horaires de travail, l'accès à des programmes d'aide au retour à l'emploi, la valorisation des salaires et la mise à disposition de structures d'accueil pour les enfants (Zurn et al., 2005). En Irlande, les frais des cours de préparation au retour à l'emploi ont été supprimés, et les infirmiers et sages-femmes qui suivent ces cours perçoivent un salaire en échange de leur engagement à réintégrer le secteur public de la santé à la fin de leur formation. En outre, un grand nombre de ces cours sont dispensés à temps partiel avec des horaires souples (*Department of Health and Children*, 2002). Par ailleurs, les tendances temporelles semblent indiquer que lorsque la conjoncture économique est médiocre, les infirmiers sont davantage incités à réintégrer leur profession (Aiken et Mullinix, 1987)¹¹.

3. Adapter la répartition des fonctions

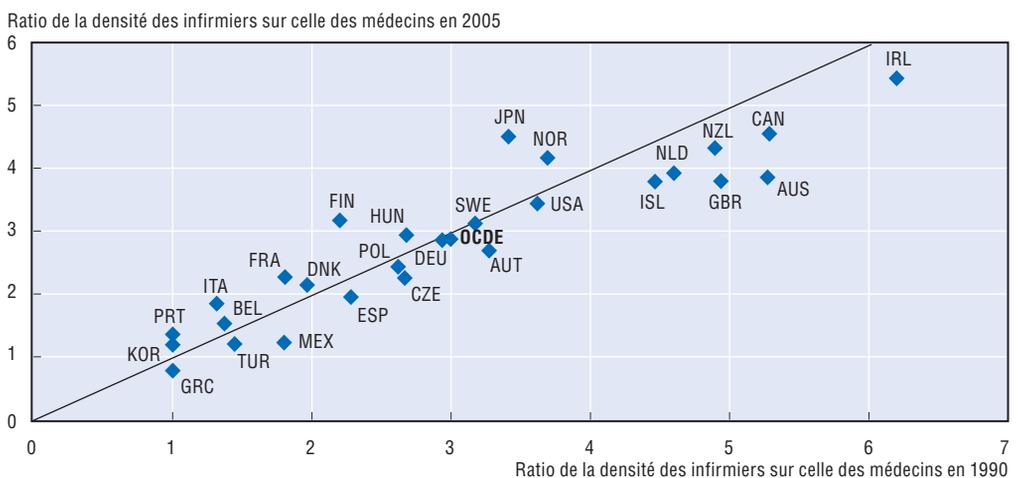
L'adaptation de la répartition des fonctions¹² à des fins d'amélioration des performances du système de santé est envisagée essentiellement pour les médecins et les infirmiers. Le transfert des tâches entre infirmiers et médecins peut améliorer la productivité. Cela étant, la modification de la répartition des fonctions n'est pas une tâche aisée, notamment parce qu'elle nécessite la coopération des catégories professionnelles concernées.

La Corée, la Grèce et la Turquie ont un nombre à peu près identique de médecins et d'infirmiers, tandis que l'Irlande compte plus de cinq infirmiers pour un médecin. Entre ces deux extrêmes, le ratio infirmiers/médecins varie considérablement au sein de la zone OCDE. Compte tenu de ces écarts, on est en droit de se demander quelle est la répartition appropriée des deux catégories professionnelles et quelles tâches doivent leur être respectivement dévolues.

Parmi les facteurs qui ont peut-être affecté la croissance de la densité de médecins et d'infirmiers, on peut citer la substitution des rôles entre les deux catégories, généralement

dans le sens d'un transfert aux infirmiers de certaines tâches jusque-là réservées aux médecins. Dans quelques pays de l'OCDE, il y a eu substitution, dans une mesure restreinte, des infirmiers aux médecins (voir par exemple, Buchan et Calman, 2004; Buchan, 2008). Cependant, comme on l'a vu plus haut, les effectifs de médecins ont progressé plus vite que les effectifs infirmiers dans la majorité des pays de l'OCDE au cours des 15 dernières années. D'après le graphique 3.2, dans 17 des 28 pays pour lesquels des données sont disponibles, le ratio infirmiers/médecins était plus élevé en 1990 qu'en 2005 (situation qui correspond, sur le graphique 3.2, à une position du pays sous la ligne à 45°). Cela tendrait à montrer que dans ces pays, les changements technologiques et économiques ont davantage stimulé la demande de fonctions exercées par les médecins que la demande de fonctions de personnel infirmier au cours de cette période.

Graphique 3.2. **Évolution du ratio infirmiers/médecin entre 1990 et 2005 ou dernière année disponible**



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448850505712>

Note : Les données se réfèrent aux médecins et infirmiers en activité.

Source : Eco-Santé OCDE 2007.

Les examens de la littérature consacrée au rôle des infirmiers de pratique avancée donnent à penser que dans les cadres de soins primaires et pour certains patients, les infirmiers peuvent dispenser des soins équivalents à ceux des médecins. Toutefois, les avantages et les coûts à long terme de cette approche ne sont pas encore clairement établis (Buchan et Calman, 2004).

Les auxiliaires médicaux se trouvent majoritairement aux États-Unis, où cette profession a été introduite en 1967 (Hooker, 2006). L'Angleterre, l'Australie, le Canada, l'Écosse, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas ont examiné les possibilités de compléter les prestations des médecins, en les faisant travailler sous le contrôle d'un médecin habilité, ou de faire exécuter par des auxiliaires médicaux certaines tâches habituellement réservées aux médecins. Les études montrent que les compétences des auxiliaires médicaux recoupent largement celles des médecins de santé primaire et que les auxiliaires sont capables d'endosser des responsabilités importantes dans d'autres domaines de la médecine (Hooker, 2006).

S'il semble possible d'étendre les attributions du personnel infirmier et d'encourager le recours aux auxiliaires médicaux, différents facteurs peuvent faire obstacle à ces

changements. La redéfinition de la portée des pratiques professionnelles risque de « brouiller » les contours des différentes professions et de créer des tensions entre, voire au sein des catégories professionnelles (Kinley et al., 2001). Il n'est pas rare que les tentatives de redéfinition des contours des professions se heurtent à la résistance des organisations professionnelles. Certains facteurs institutionnels peuvent également ralentir la revalorisation des attributions du personnel infirmier. Par exemple, peu de pays autorisent les infirmiers à se faire rembourser directement au titre des nouveaux services qu'ils délivrent. En outre, dans un contexte de pénurie et de transfert des tâches croissant, l'augmentation du nombre d'infirmiers exerçant des fonctions avancées pourrait les encourager à se décharger de certaines tâches auprès du personnel non qualifié situé aux échelons inférieurs (Buchan et Calman, 2004).

4. Améliorer la productivité du personnel de santé

L'amélioration de la productivité des médecins et des infirmiers serait utile pour corriger les déséquilibres futurs prévisibles entre la demande et l'offre de professionnels de santé. Les estimations de la productivité constituent un facteur d'ajustement important dans les modèles de l'offre de main-d'œuvre et font partie intégrante des prévisions tendanciennes et basées sur la demande de plus en plus élaborées établies pour les professionnels de santé (Cooper et al., 2002). Toutes choses étant égales par ailleurs, l'amélioration de la productivité des ressources humaines réduit le nombre de professionnels de santé requis pour atteindre un certain résultat, ou améliore la production obtenue avec un niveau de ressources donné. Cependant, on peut se demander quel est l'indicateur de productivité le plus approprié et s'il existe un niveau de productivité optimal.

Le concept de productivité pose plusieurs problèmes. Différents indicateurs de l'activité et des résultats des professionnels de santé peuvent être utilisés pour mesurer la productivité. Ces indicateurs influencent le jugement porté sur l'offre de professionnels médicaux, qui peut être considérée comme déficitaire ou au contraire surabondante, et influencer ainsi sur les réponses des pouvoirs publics.

Considérons tout d'abord les approches traditionnelles de l'évaluation de la productivité des professionnels de santé, qui consistent à mesurer le taux d'activité (par exemple, le nombre de consultations de médecins) atteint au cours d'une période déterminée par unité de main-d'œuvre. Les pays de l'OCDE ont adopté différentes mesures pour améliorer la productivité mesurée selon ce critère, notamment en modifiant les méthodes de rémunération, en améliorant les méthodes et les conditions de travail et en modifiant les technologies ou le mode d'organisation et de délivrance des soins (encadré 3.3).

Selon cette approche, il apparaît que le niveau de l'offre de professionnels peut être mis en relation avec les niveaux de productivité. L'analyse des variations de l'offre de professionnels de santé par habitant entre pays, régions et cadres de soins donne à penser que la productivité des médecins, par exemple, pourrait être liée à la densité de médecins, toutes choses étant égales par ailleurs. À partir de données tirées de l'Enquête du panel communautaire des ménages (PCM) sur le nombre annuel de consultations de médecins généralistes dans l'Union européenne (des 15), le graphique 3.3 montre qu'il existe une relation négative et statistiquement significative entre la densité de généralistes et le nombre de consultations par médecin. En d'autres termes, dans les pays qui affichent une densité de médecins plus élevée, la productivité de ces derniers, mesurée par le nombre de consultations annuelles par médecin, tend à être plus faible¹³. En outre, des pays ayant un

Encadré 3.3. Les facteurs et pratiques qui influencent la productivité des professionnels

La productivité évolue avec le temps, sous l'effet de facteurs externes ainsi que des politiques des pays. L'innovation technologique est une source importante de changement et offre des opportunités d'amélioration potentielle de la productivité des infirmiers et des médecins. Par exemple, l'introduction de la chirurgie de jour, qui a été permise par les progrès technologiques, a entraîné une augmentation du nombre d'interventions chirurgicales pouvant être effectuées dans un hôpital ou une unité chirurgicale donnée.

Plusieurs changements d'ordre social ou professionnel ont un impact direct sur la productivité. Les nouveaux modes de vie poussent à un rééquilibrage entre vie professionnelle et vie privée, qui se traduit, chez les professionnels de santé, par une réduction de la durée du travail. Les départs en retraite anticipés des médecins et infirmiers et le développement du travail à temps partiel ont un effet similaire. Au Royaume-Uni, plus de 60 % des sages-femmes travaillaient à temps partiel en 2004, alors qu'elles étaient moins de 40 % dans ce cas en 1994.

Sages-femmes travaillant à temps plein et à temps partiel au Royaume-Uni, 1994 et 2004

	Nombre de sages-femmes travaillant à temps plein		Nombre des sages-femmes travaillant à temps partiel		Nombre total de sages-femmes en exercice
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
1994	20 889	59.5	14 238	40.5	35 127
2004	12 999	38.6	20 688	61.4	33 687

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/450004238230>

Source : Statistical Analysis of the Register, Nursing and Midwifery Council, août 2005, tel que cité dans Bosanquet et al. (2006).

Les femmes ont tendance à travailler moins que les hommes pendant la période où elles élèvent leurs enfants et à prendre des congés au cours de leur vie professionnelle. Toutefois, les données examinées par Bloor et al. (2006) semblent indiquer que les femmes médecins sont moins susceptibles de prendre une retraite anticipée. La productivité de la main-d'œuvre par tranche d'âge présente des profils différents chez les hommes et les femmes. Ces facteurs peuvent à l'évidence faire varier la productivité sur la durée de vie professionnelle, mais sont sans effet sur la productivité par heure travaillée.

Des changements dans le mode d'administration et d'organisation des soins, y compris dans le mix de ressources humaines et non humaines consacrées aux services de santé, affectent l'évolution de la productivité. Par exemple, le nombre croissant de patients âgés souffrant de maladies chroniques encourage une réorientation du mode de délivrance des soins, l'approche caritative prenant le pas sur l'approche curative, ce qui nécessite une répartition différente des professionnels de santé entre médecins et non-médecins. L'adoption fructueuse de nouveaux modèles de gestion des maladies et l'amélioration des méthodes de coordination des soins affecteront la productivité des professionnels dans ces contextes de soins.

Le travail d'équipe peut conduire à une plus grande productivité des professionnels de santé. Un travail d'équipe efficace est une condition reconnue de l'amélioration des résultats cliniques, qui permet de faire plus avec moins (voir, par exemple, West et al., 2002; Leggat, 2007). Un travail plus approfondi est toutefois nécessaire afin de mieux appréhender les conditions qui permettent de rendre les équipes de professionnels de santé plus efficaces ou plus productives.

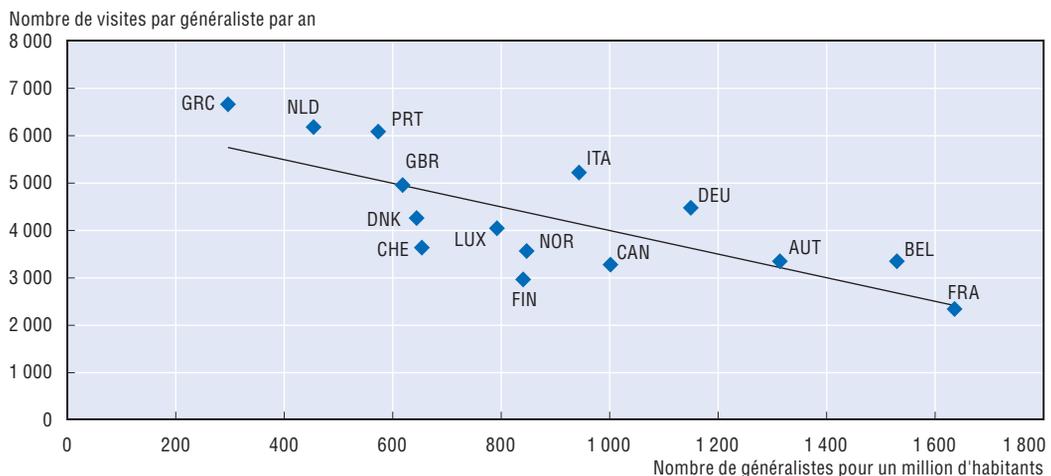
Encadré 3.3. Les facteurs et pratiques qui influencent la productivité des professionnels (suite)

Les politiques sanitaires peuvent également stimuler la productivité. Le mécontentement et le manque de motivation du personnel infirmier ont donné lieu à des taux de rotation et d'absentéisme élevés, qui entraînent à leur tour une perte de productivité et un amoindrissement de la qualité des soins. Plusieurs pays ont ciblé leurs politiques sur l'amélioration des conditions de travail (y compris la diminution de l'intensité du travail) pour stimuler la productivité et réduire le taux de rotation du personnel infirmier (Simoens et al., 2005) (voir section 2.1 du chapitre 2).

Les méthodes et niveaux de rémunération sont les instruments qui sont susceptibles d'avoir le plus d'influence sur la productivité des professionnels de santé. Dans la zone OCDE, la rémunération des hôpitaux, des médecins et des autres prestataires de santé est de moins en moins basée sur le remboursement des coûts et de plus en plus sur l'activité, cette méthode rétribuant la productivité (OCDE, 2004). Parmi les méthodes de rémunération des médecins basées sur un mode de paiement unique, le système de paiement à l'acte – tel qu'il s'applique aux médecins libéraux en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en Corée, aux États-Unis (Medicare), en France, au Japon et en Suisse – est connu pour améliorer la productivité.

S'ils encouragent la productivité, les paiements strictement liés à l'activité n'incitent pas forcément les médecins à fournir la quantité de soins voulue, dans la qualité voulue et au moment voulu. Pour cette raison, plusieurs pays ont introduit des mécanismes de paiement mixtes (combinant une capitation ou un élément salarial fixes avec un paiement à l'acte variable) pour promouvoir l'offre de soins efficaces par rapport à leur coût. Par ailleurs, l'Australie et le Royaume-Uni ont introduit des mécanismes de paiement basés sur les résultats (qui lient la rémunération à la qualité des soins dispensés) pour récompenser les médecins qui délivrent à leurs patients des soins de qualité (Simoens et Hurst, 2006).

Graphique 3.3. Relation entre la densité de généralistes et le nombre annuel de visites par généraliste



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/450007530174>

Source : Simoens et Hurst (2006).

nombre de médecins identique, comme la Suisse, le Danemark et le Royaume-Uni, présentent de fortes disparités en termes de nombre de consultations annuelles, ce qui permet de penser que des gains de productivité sont possibles.

Les contraintes liées à l'offre, lorsqu'elles sont soigneusement gérées et qu'elles s'accompagnent d'une amélioration des systèmes de paiement, peuvent favoriser un accroissement de la productivité (Docteur et Oxley, 2004). En Finlande, les réductions drastiques des dépenses de santé opérées au début des années 90 ne semblent pas avoir nui à l'efficacité. Au contraire, elles ont été associées à une augmentation de la productivité des établissements de santé, mesurée en termes d'activités par unité de dépenses réelles (OCDE, 2005a). En Suisse, le nombre de consultations de médecins par habitant – 3.4 en 2002 – était inférieur à la moyenne de l'OCDE de 9.7, alors que la densité de médecins du pays – 3.6 pour 1 000 habitants – était l'une des plus élevées de la zone OCDE. Même s'il est possible que ces chiffres reflètent une demande révélée de services de soins de santé relativement faible et un état de santé général dans la population globalement satisfaisant, les données portent à croire que le même niveau de production pourrait être obtenu avec moins de ressources (OCDE, 2005b).

Ce constat selon lequel à une offre de médecins élevée est associée une productivité plus faible ressort également des analyses effectuées sur les variations de l'offre de médecins par habitant entre régions et cadres de pratique. Par exemple, les travaux de Wennberg et Cooper (1998) montrent que l'utilisation des services de soins de santé est très variable sur le territoire des États-Unis. Ces variations ne sont pas associées à des différences substantielles des avantages retirés par les patients. Les variations régionales des dépenses effectuées au titre de Medicare – qui peuvent être mises au compte d'une intensité de pratique accrue dans les régions à forte densité de médecins – ne se sont pas traduites par une amélioration de la qualité des soins ou de l'état de santé (Fisher *et al.*, 2003). De même, des ratios médecins/patients faibles peuvent être associés à un bon état de santé, comme le montrent les recherches menées sur les grands groupes médicaux à paiement forfaitaire (« prepaid group practices ») aux États-Unis (Weimer, 2005).

Ces études invitent à penser qu'une offre de médecins réduite peut aller de pair avec une meilleure productivité sans préjudice pour les patients. Elles indiquent également qu'un meilleur équilibre de l'offre de professionnels entre les régions bien dotées et celles qui le sont moins, ainsi qu'une répartition plus équitable des professionnels entre les différentes spécialités, peuvent faire beaucoup pour corriger les problèmes de pénurie¹⁴. Et enfin, elles concluent à la nécessité d'améliorer la mesure des résultats. Peut-être faut-il remettre en question l'idée consistant à définir la production du travail médical en termes de services délivrés par les professionnels de santé.

À l'heure actuelle, la production du travail des médecins est généralement mesurée sur la base du nombre de consultations et d'actes effectués, une méthode qui s'apparente à la manière dont on calcule la productivité dans les entreprises industrielles. Or, la productivité des médecins devrait être mesurée en termes d'amélioration de la santé et de la réceptivité des patients – qui est la finalité des soins de santé – et non en termes de consultations ou d'actes médicaux – qui ne constituent que le moyen de parvenir à cette fin. Cette approche pourrait être utilisée pour inciter les travailleurs de santé à dispenser des soins plus appropriés aux patients.

On peut améliorer la santé des patients avec moins de ressources, et non pas nécessairement plus. L'augmentation de l'offre de services n'amène pas toujours d'avantages notables en termes d'optimisation des ressources disponibles et de santé des patients. Par exemple, des recherches menées auprès de la population indiquent qu'au-delà d'un certain seuil, l'augmentation de l'utilisation des services n'entraîne pas d'amélioration des résultats sanitaires et de la qualité des soins (Weiner, 2007).

D'un autre côté, un ratio personnel/population faible peut compromettre les résultats sanitaires s'il est inférieur à un certain minimum. Une population médicale très réduite peut être facteur de risques, comme le montre l'analyse des effets négatifs du manque de ressources affectées aux soins intensifs néonataux sur les résultats sanitaires (Goodman et al., 2001). Needleman et al. (2002) ont estimé qu'aux États-Unis, des ratios infirmiers/patients favorables étaient associés à une réduction de 3 à 12 % des taux de résultats potentiellement sensibles aux soins infirmiers, notamment les infections des voies urinaires et les pneumonies nosocomiales. Une autre difficulté réside dans l'évaluation du niveau optimal de services et la prise en compte de l'hétérogénéité socio-économique entre unités géographiques (Cooper, 2008).

Malheureusement, les données dans leur ensemble sont loin d'être concluantes, et il est particulièrement ardu d'en tirer des conclusions sur le niveau d'offre requis pour maximiser la santé des patients. L'examen de la littérature consacrée aux relations entre les effectifs médicaux et les résultats sanitaires des patients amène à la conclusion que même s'il est possible d'améliorer la santé des patients en augmentant le nombre de médecins, le ratio médecins/population optimal n'est pas connu (Bloor et al., 2006). Une partie du problème réside dans la difficulté de mesurer les résultats sanitaires et la qualité des soins, un domaine en cours de développement¹⁵. Une autre difficulté tient au fait que la mesure de la productivité la plus appropriée dépend des objectifs généraux du système de santé, qui peuvent évoluer avec le temps. La volonté d'améliorer la réactivité du système de santé, par exemple, peut expliquer au moins une partie des relations visibles entre croissance économique et nombre de médecins. Finalement, même en supposant que l'on réussisse à mettre au point des méthodes de mesure appropriées, les mécanismes visant à aligner la rétribution des professionnels de santé sur leurs performances ne sont pas exempts de risques. Les résultats initiaux du *Quality and Outcomes Framework* (QOF) mis en place au Royaume-Uni, suggèrent que les résultats sur l'amélioration de la qualité que la rémunération des praticiens ont dépassé les attentes initiales, mettant les finances du *National Health Service* (NHS) à rude épreuve (Robert Galvin, 2007; NAO, 2007).

En résumé, l'amélioration de la productivité des professionnels de santé devrait permettre de réfréner le rythme de croissance des ressources humaines qui est actuellement requis pour satisfaire la demande future prévisible. En imaginant le cas extrême, si la productivité augmentait au même rythme que la demande de services professionnels, les pressions poussant à la formation de professionnels de santé plus importante disparaîtraient. D'autres mesures, telles qu'une meilleure répartition des ressources sur le territoire national, seraient sans doute suffisantes ou aideraient tout au moins à satisfaire les besoins. Cependant, dans la mesure où l'on ignore quel est le ratio optimal de professionnels de santé, il n'est pas prudent de compter exclusivement sur la hausse de la productivité pour pouvoir satisfaire les besoins futurs. En outre, des questions commencent à émerger quant à la méthode la plus indiquée pour mesurer la production

médicale. Les décideurs doivent savoir que les nouveaux concepts basés sur les résultats et la réceptivité pourraient modifier le mode de calcul de la productivité, et donc l'évaluation des besoins futurs.

5. Quelques exemples de bonnes pratiques

Nous avons vu dans ce chapitre en quoi les politiques liées au personnel de santé pouvaient contribuer à optimiser le personnel et les compétences disponibles. Certains exemples de bonnes pratiques dans ces domaines sont présentés ci-dessous :

- Les « hôpitaux aimants » (*magnet hospitals*) mettent en œuvre des pratiques exemplaires en termes de recrutement et de rétention du personnel infirmier. Leur mode d'organisation met l'accent sur l'autonomie professionnelle, la décentralisation des structures organisationnelles, la gestion participative et l'auto-gouvernance.
- L'admission d'étudiants issus de zones rurales en plus grand nombre dans les écoles de médecine peut avoir un effet positif sur la répartition géographique des médecins à moyen et à long terme, dans la mesure où ces étudiants sont plus susceptibles de s'installer ensuite dans une zone rurale.
- L'assouplissement des modalités de départ en retraite et l'adaptation des conditions de travail pour les professionnels de santé plus âgés peuvent améliorer les taux de rétention. Par exemple, certains pays ont introduit avec succès des mesures qui permettent au personnel approchant de l'âge de la retraite de passer à un temps partiel tout en conservant ses droits à pension, ou de cumuler leur pension avec un certain niveau de revenus d'activité.
- Des pays tels que l'Irlande et le Royaume-Uni ont pris des mesures – couronnées de succès – en direction des anciens professionnels de la santé devenus inactifs ou ayant changé de secteur d'activité pour les encourager à réintégrer leur profession d'origine. Au Royaume-Uni, le retour des infirmiers qualifiés sur le marché du travail est encouragé à travers l'offre de cours de préparation au retour à l'emploi, l'amélioration des possibilités d'apprentissage sur le lieu de travail, la création de crèches et le parrainage ont eu des effets positifs.
- Des programmes spéciaux ont été mis en place pour faciliter l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger dans des pays tels que le Canada, le Portugal et le Royaume-Uni. Dans ce dernier pays, il existe des programmes qui aident les réfugiés installés sur le territoire britannique à faire reconnaître leurs diplômes.
- L'option consistant à modifier la répartition des fonctions, en confiant à des infirmiers et des auxiliaires médicaux des tâches habituellement réservées aux médecins a fait la preuve de son efficacité dans certains contextes, même si toutefois nous avons moins d'éléments sur son rapport coût-efficacité.
- L'introduction de systèmes de TIC, une meilleure coordination des soins, des programmes de gestion de la maladie pour les patients souffrant de maladies chroniques et des paiements fondés sur l'activité (tel que le paiement aux résultats) peuvent influencer la productivité des professionnels de santé.

Cependant, un travail plus important est nécessaire pour évaluer le coût et l'opportunité de différentes politiques et d'affiner la mesure de la productivité tout en aidant les décideurs politiques dans le choix des différentes options.

Notes

1. Par exemple, le taux de rotation des infirmiers enregistré aux États-Unis était de 15.5 % en 2003 (COMON, 2006).
2. Le taux de rotation désigne le pourcentage d'une catégorie donnée de main-d'œuvre qui est perdu chaque année en raison des départs en retraite, des décès, des migrations internationales ou des changements professionnels.
3. L'étude NEXT examine les causes, les circonstances et les conséquences des départs prématurés de la profession infirmière dans plusieurs pays européens (Belgique, Finlande, France, Allemagne, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Pologne, Suède et République slovaque).
4. Par exemple, plus de 40 % des infirmiers qui travaillent en milieu hospitalier se déclarent insatisfaits de leur emploi aux États-Unis, au Canada, en Angleterre, en Écosse et en Allemagne (Aiken *et al.*, 2001).
5. En Suède, d'après les données, le secteur des soins de santé est celui où le risque de violence est le plus élevé (Chappel et Di Martino, 1999).
6. Par exemple, en France, 2 900 médecins ont quitté la profession en 2004 et 3 500 ont obtenu leur diplôme (Cash et Ulmann, 2008). En Italie, pays où la densité de personnel infirmier est inférieure à la moyenne de l'OCDE, environ 12 500 infirmiers ont pris leur retraite chaque année entre 1997 et 2002, alors que le nombre annuel de jeunes diplômés était de 5 700 pendant cette période (Camerino, 2006).
7. En Allemagne, seulement 6.2 % des infirmiers qualifiés étaient âgés de 55 ans et plus en 2002, alors que dans l'ensemble de la population active féminine, la proportion était de 11.1 % (Hasselhorn *et al.*, 2006).
8. En Australie, par exemple, le taux de départs en retraite dans la profession infirmière sera beaucoup plus élevé entre 2006 et 2026 qu'il ne l'était entre 1986 et 2001. Entre 2006 et 2026, l'Australie devrait perdre près de 60 % de son personnel infirmier actuel à travers les départs en retraite (Schofield, 2007).
9. Soit environ 6 000 personnes ayant acheté leur Licence d'exercice annuelle.
10. Soit 488 000 infirmiers enregistrés.
11. Aux États-Unis, par exemple, une part substantielle de la croissance de la population d'infirmiers en activité observée entre 2000 et 2003, après une période de déclin du nombre de jeunes diplômées, est imputable aux infirmiers jusque-là inactifs qui ont repris leur emploi ainsi qu'à l'immigration d'infirmiers étrangers (Buerhaus *et al.*, 2003).
12. La répartition des fonctions, ou « skill-mix », est un terme relativement large qui peut désigner la répartition des différentes catégories de personnel dans la main-d'œuvre ou la démarcation des tâches et activités entre les différentes catégories de personnel.
13. Il n'est malheureusement pas possible de contrôler l'effet de la durée des consultations.
14. Comme le montrent différentes études sur les États-Unis et le Royaume-Uni. Toutefois, les médecins ont tendance à ne pas s'établir là où l'on a le plus besoin de soins. Voir, par exemple, Goodman *et al.* (2001) et Gravelle et Sutton (2001).
15. L'OCDE mène actuellement un projet visant à élaborer un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins de santé, basés sur des données comparables pour 23 pays (www.oecd.org/health/hcqi). Ces indicateurs permettront de combler certaines lacunes de la mesure de la qualité des soins de santé dans les différents pays.

Chapitre 4

Mobilité internationale des travailleurs de la santé : interdépendance et défis d'ordre éthique

La mobilité internationale croissante des professionnels de la santé doit être mieux suivie. Les migrations entre pays de l'OCDE représentent une part importante des migrations de professionnels de la santé vers les pays de l'OCDE, ce qui entraîne une interdépendance des pays de l'OCDE pour la gestion des ressources humaines dans ce secteur. À terme, le risque est d'exporter les pénuries de main-d'œuvre au sein ou au-delà de la zone OCDE, y compris dans les pays les plus pauvres. Si l'émigration en provenance de pays qui forment des professionnels dans le but d'alimenter la demande mondiale offre la possibilité de combler les pénuries de personnels de santé, cette solution ne peut être une solution totale car alors tous les pays d'accueil devraient se tourner vers un nombre limité de pays d'origine, qui devront de leur côté répondre, dans un avenir proche, à une demande intérieure croissante de soins de santé. Plusieurs facteurs interviennent dans l'évaluation des coûts et des avantages des migrations de professionnels de santé, y compris, entre autres, i) l'importance des travailleurs de la santé dans le pays d'origine; ii) l'ampleur des pénuries ou, inversement, des excédents dans les pays qui forment des professionnels en vue de répondre à la demande internationale; iii) la durée de l'expatriation; iv) l'incidence des transferts de fonds; et v) le coût de la formation et sa répartition entre les pays d'origine et de destination. La pénurie de professionnels de la santé à l'échelle mondiale, qui va bien au-delà de la question des migrations, appelle un partage des responsabilités entre les pays d'origine et d'accueil. Les pays d'origine ont un rôle essentiel à jouer dans le renforcement de leurs systèmes de santé, en améliorant les conditions de travail nationales et en encourageant une meilleure gestion de la main-d'œuvre. Les pratiques mises en œuvre dans les pays de l'OCDE, qui sont étudiées dans le chapitre 3 du présent rapport, peuvent offrir des exemples utiles à cet égard. Les pays d'accueil, de leur côté, doivent être conscients des conséquences de leurs politiques sur les systèmes de santé des pays pauvres. Cependant, les bonnes pratiques d'une gestion éthique en matière de recrutement international soulèvent des problèmes conceptuels et de mise en œuvre, rendant le concept de responsabilité partagée difficile à appliquer. Cela requiert un meilleur partage des connaissances avec l'objectif d'évaluer les mesures appliquées et, si possible, de les reproduire.

Il existe des relations d'interdépendance croissantes entre les pays, à la fois en termes de déséquilibres de la répartition des ressources humaines en santé et en termes de gestion de ces ressources. Les conditions et politiques spécifiques qui sont à l'œuvre dans le secteur de la santé d'un pays particulier peuvent affecter directement ou indirectement les systèmes de santé des autres pays. Du reste, les pénuries structurelles de personnel de santé dans les pays à faible revenu, quelles qu'en soient les causes, pourraient affaiblir les systèmes de santé et, à long terme, compromettre la santé publique au niveau mondial. La mobilité internationale des médecins et infirmiers peut atténuer ou accentuer ce problème, selon son ampleur, ses caractéristiques (par exemple en termes d'origine et de destination, de profession et de durée) et ses effets « secondaires » (transferts de technologie, investissements en capital humain à l'étranger, transferts de fonds).

Cela signifie que les pays ne doivent pas gérer leurs ressources humaines en santé isolément. Ils doivent au contraire tenir compte des influences réciproques qui s'exercent entre leur propre système de santé et les politiques des autres pays, ainsi que des impacts de portée planétaire potentiels. Ce chapitre identifie et analyse les principales interactions qui s'opèrent au sein de la zone OCDE et entre les pays de l'OCDE et les autres pays (section 1). Elle présente ensuite un certain nombre de mesures qui permettraient, le cas échéant, de mieux répartir les retombées positives de la mobilité internationale des professionnels de la santé, avant d'examiner les dimensions éthiques du recrutement de personnel étranger (section 2).

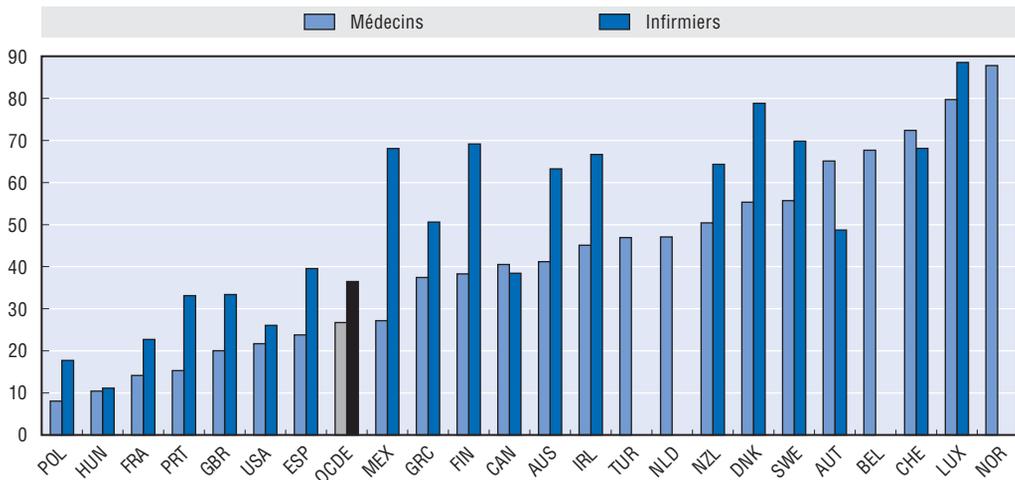
1. Impact transnational des recrutements de travailleurs de santé étrangers

La mobilité internationale croissante des professionnels de santé au sein de la zone OCDE, qui peut être décrite au moyen d'un modèle en cascade, appelle à une amélioration des outils de suivi et de coordination employés par les pays membres de l'OCDE. Ce besoin sera d'autant plus fort si plusieurs pays de l'OCDE venaient à éprouver des pénuries de personnel de santé simultanément, car le recours à un nombre restreint de pays disposant d'une offre abondante n'est peut-être pas une solution viable.

1.1. Migrations au sein de la zone OCDE : un modèle en cascade

Les mouvements des professionnels de santé au sein de la zone OCDE représentent une part importante des migrations de travailleurs de la santé (voir graphique 4.1). C'est le cas, en particulier, des mouvements d'infirmiers dans les pays nordiques, en Irlande, en Suisse et en Nouvelle-Zélande, et des mouvements de médecins en Norvège, en Suisse, en Belgique ou en Autriche. Ce constat, qui a été observé au niveau des effectifs, s'applique également aux tendances récentes.

La mobilité internationale des professionnels de santé dans la zone OCDE est généralement à l'image des schémas de migration généraux, qui sont déterminés par la proximité linguistique et géographique, les liens culturels et historiques et les politiques migratoires bilatérales. Ces flux peuvent conduire à la formation de filières migratoires

Graphique 4.1. **Part des médecins et infirmiers nés à l'étranger originaires de la zone OCDE, autour de 2000**

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/450034033387>

Note : Moyenne OCDE pondérée.

Source : OCDE (2007a), *Perspectives des migrations internationales*, Paris.

connectées entre elles : par exemple, les infirmiers migrent de la République slovaque vers la République tchèque, puis vers l'Allemagne, mais on observe également des migrations de l'Allemagne vers le Royaume-Uni et *in fine* du Royaume-Uni vers les États-Unis. Dans d'autres cas, les mouvements se limitent à un nombre restreint de pays de l'OCDE, par exemple l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni pour les médecins. Enfin, dans la zone OCDE, certains flux sont essentiellement bilatéraux. Les migrations entre le Mexique ou le Canada et les États-Unis, ou entre la France (pour les infirmiers) ou l'Allemagne (pour les médecins) et la Suisse en sont un exemple.

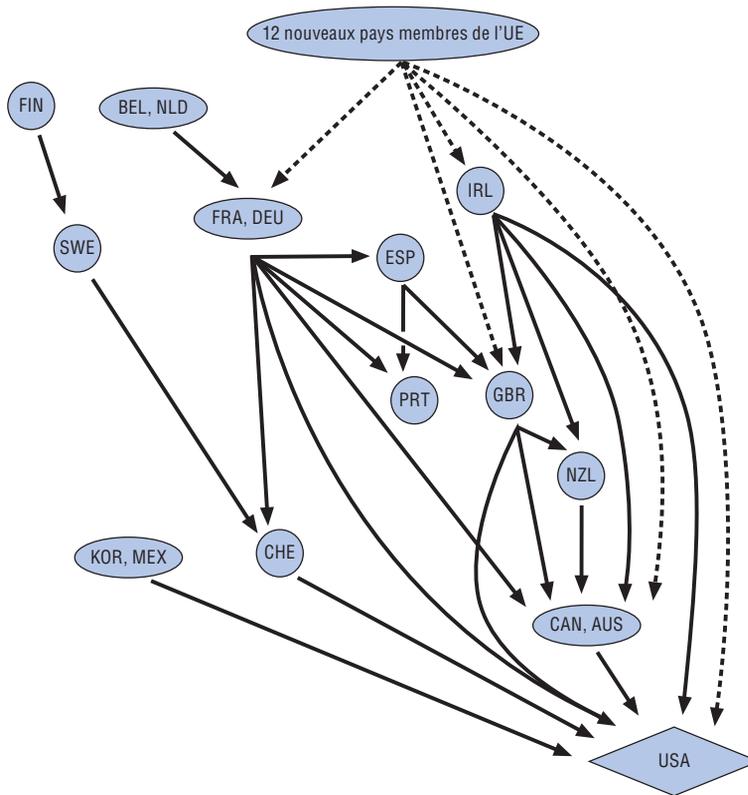
De manière générale, les interactions entre les pays de l'OCDE peuvent être illustrées au moyen d'un modèle migratoire en cascade (le graphique 4.2 représente le cas des infirmiers, mais on obtiendrait une représentation similaire pour les médecins). Certains pays sont receveurs nets de professionnels de santé vis-à-vis de la majorité des autres pays de l'OCDE, tandis que d'autres sont essentiellement pourvoyeurs nets.

Les États-Unis sont le seul pays receveur net : il accueille davantage de professionnels de santé immigrants de l'ensemble des autres pays de l'OCDE qu'il ne leur envoie d'émigrants¹. De ce fait, sur le schéma du modèle en cascade, les États-Unis se situent tout en bas. L'Australie, le Canada et la Suisse – également receveurs nets de professionnels de santé auprès de la plupart des pays de l'OCDE – sont eux aussi situés au bas du graphique. Dans le cas du Canada, cependant, la forte émigration d'infirmiers vers les États-Unis génère un flux migratoire net intra-OCDE négatif (-6 000).

Les mouvements des professionnels de santé au sein de la zone OCDE devraient se poursuivre, voire s'amplifier, dans l'avenir proche. Cette tendance s'explique par plusieurs facteurs sous-jacents, tels que la persistance de droits historiques; la création de zones de circulation libre ou facilitée, comme dans le cas de l'Union européenne (encadré 4.1)²; des différences de niveaux de rémunération des professionnels de santé (graphique 4.3) et le manque ou l'absence de perspectives prometteuses dans les pays d'origine³; les dispositions visant à faciliter la reconnaissance des diplômes étrangers délivrés dans la

Graphique 4.2. **Migration des infirmiers au sein de l'OCDE : un modèle en cascade**

Effectifs nets, autour de 2000



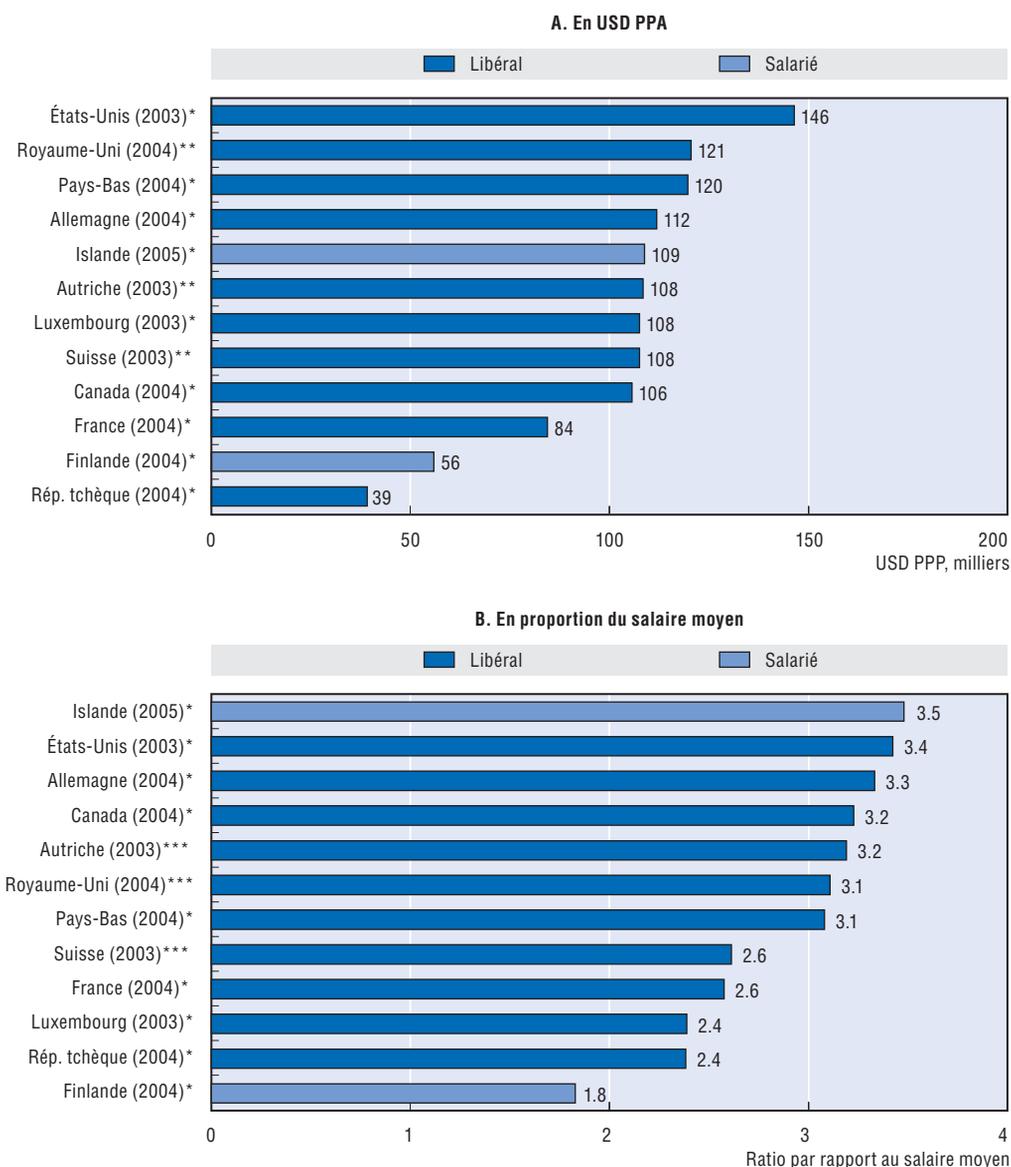
Note : Les flèches représentent des différences positives entre les effectifs infirmiers du pays d'origine et ceux des pays receveurs. Toutes les flèches descendantes ne sont pas représentées (par exemple la Finlande a un déficit net avec la Suède mais aussi avec la Suisse et les États-Unis) mais il n'y a pas de flèches ascendantes (par exemple, au moment du recensement de la population, l'Irlande a uniquement un bénéfice net avec les douze nouveaux pays membres de l'UE et les États-Unis sont les seuls pays à avoir un bénéfice net à l'égard des autres pays de l'OCDE).

Source : OCDE (2007a), *Perspectives des migrations internationales*, Paris.

Encadré 4.1. **Conséquences de l'élargissement récent de l'Union européenne pour les migrations de travailleurs de la santé**

Bien que l'on ne dispose à l'heure actuelle que de données partielles, les vagues d'élargissement de l'Union européenne de mai 2004 et décembre 2007 ont encouragé les mouvements de personnel des « nouveaux » États membres vers les « anciens ». Entre juillet 2004 et décembre 2007, le *Worker Registration Scheme* (programme d'enregistrement des travailleurs) au Royaume-Uni a recensé 730 médecins hospitaliers, 370 praticiens dentistes, plus de 1 000 infirmiers (dont 365 infirmiers dentistes) et 485 auxiliaires et aides-soignants originaires de nouveaux États membres (Home Office, 2008). En Irlande, l'emploi de ressortissants de l'UE8 dans le secteur de la santé a doublé entre septembre 2004 et 2005, passant de 700 à environ 1 300 personnes (Doyle et al., 2006). Les données des pays d'origine confirment ces tendances. En Estonie, 4,4 % des professionnels de santé (61 % de médecins) avaient déposé une demande de certificat de départ en avril 2006. En Lettonie, plus de 200 médecins ont exprimé leur intention d'émigrer en 2005. La Pologne a délivré plus de 5 000 certificats de départ à des médecins (4,3 % du personnel en exercice) et de l'ordre de 2 800 certificats à des infirmiers (1,2 % du personnel en exercice) entre mai 2004 et juin 2006 (Kaczmarczyk, 2006). Il serait souhaitable d'effectuer une analyse systématique des tendances et des conséquences de ces mouvements – y compris pour la Roumanie et la Bulgarie, qui ont rejoint l'Union européenne récemment et qui affichent des disparités salariales encore plus importante vis-à-vis de l'UE25 (Wiskow, 2006).

Graphique 4.3. Rémunération des médecins généralistes dans quelques pays de l'OCDE, 2004 ou année la plus proche



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/450061124008>

* indique que la rémunération moyenne se réfère seulement aux médecins pratiquant à plein-temps.

** se réfère à la rémunération moyenne pour tous les médecins incluant les médecins qui travaillent à mi-temps. En Autriche, aux États-Unis et en Suisse, les données se réfèrent à tous les médecins (salaire et libéraux inclus). Cependant, comme la plupart des médecins généralistes travaillent en libéral dans ces pays, on peut considérer que ces données se réfèrent aux médecins libéraux. Pour le Royaume-Uni, les données se réfèrent à la Grande-Bretagne.

*** se réfère à la rémunération moyenne pour tous les médecins incluant ceux qui travaillent à mi-temps.

Source : Eco-Santé OCDE 2007 et, pour les États-Unis, *Community Tracking Study Physician Survey*, 2004-05.

zone OCDE; et la mobilité croissante d'autres catégories de migrants au sein de la zone OCDE (par exemple, les étudiants, les spécialistes et chercheurs hautement qualifiés, ou les salariés mutés dans une autre unité de leur entreprise).

En égard aux interdépendances qui s'opèrent au sein de la zone OCDE, les déséquilibres structurels entre l'offre et la demande de médecins et d'infirmiers, ainsi que les changements spécifiques des politiques, peuvent influencer sur la gestion des ressources

humaines en santé des autres pays. La Nouvelle-Zélande, qui est un important pays d'émigration et d'immigration de médecins et d'infirmiers à destination et en provenance des autres pays de l'OCDE, offre un exemple intéressant à cet égard. Les changements de politique qui peuvent intervenir en Australie et au Royaume-Uni, respectivement les principaux pays de destination et d'envoi, peuvent produire un impact considérable sur la disponibilité du personnel en Nouvelle-Zélande (Zurn et Dumont, 2008). De même, tout changement de la demande de médecins et d'infirmiers immigrants au Royaume-Uni aura un effet direct sur les flux migratoires en provenance des pays avec lesquels les disparités salariales sont les plus élevées, tels que la Pologne, les pays baltes, la Bulgarie et la Roumanie. Compte tenu de la taille et du pouvoir d'attraction des États-Unis, les pénuries de personnel (notamment infirmier) qui y sont anticipées pourraient avoir des conséquences significatives pour les autres pays de l'OCDE. Le Mexique, le Canada, le Royaume-Uni et l'Allemagne, pourvoyeurs traditionnels de professionnels de santé vers les États-Unis, pourraient être les plus touchés.

Il est indispensable de surveiller – ou mieux encore, d'anticiper – les mouvements des travailleurs hautement qualifiés, et donc des professionnels de santé, au sein de la zone OCDE pour éviter que des pays « n'exportent » leurs pénuries de personnel vers d'autres pays de l'OCDE, voire, à terme, vers des pays extérieurs à la zone OCDE. Les relations d'interdépendance entre pays exigent l'adoption de mécanismes de coordination améliorés, y compris pour le suivi des tendances, tant au sein qu'à l'extérieur de la zone OCDE. Ces mécanismes pourraient s'inscrire dans des cadres bilatéraux ou multilatéraux, et iraient, par exemple, de dispositifs d'échange d'informations étendus à des initiatives de planification conjointe. L'amélioration du suivi international des flux de personnels médicaux, y compris des mouvements migratoires par pays et type de formation, des taux d'obtention de diplôme et des sorties de la population active (notamment des départs en retraite) permettrait d'avoir une idée plus précise des flux de travailleurs de santé dans leur globalité, d'améliorer la capacité d'évaluation de l'impact des migrations et, sur cette base, de concevoir des réponses appropriées.

1.2. Les grands pays sources sont-ils des « cornes d'abondance »⁴?

Comme cela a été évoqué dans le chapitre 1, de nombreux pays de l'OCDE pourraient éprouver des pénuries de professionnels de santé simultanément. Si les migrations devaient jouer un rôle significatif dans les réponses apportées à ce problème, on pourrait s'attendre à ce que la zone OCDE reçoive un afflux net de professionnels de santé du reste du monde. Ce scénario amène néanmoins à se demander si les migrations en provenance de certains pays affichant une offre de main-d'œuvre élevée et à faible coût peuvent apporter une réponse efficiente aux pénuries attendues dans de nombreux pays de l'OCDE. Même en laissant provisoirement de côté les problèmes d'équité⁵, il ne faut pas s'attendre à ce que cette stratégie apporte une solution durable.

Étant donné que les pays de l'OCDE imposent des normes élevées aux professionnels de la santé, les recrutements à l'étranger pourraient de plus en plus être ciblés sur un nombre limité de pays sources. L'Inde et les Philippines, par exemple, fournissent déjà aux pays de l'OCDE⁶ – notamment aux pays anglophones – la majeure partie du contingent de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger qu'ils emploient. Dans la mesure où ces pays sources majeurs forment des professionnels de santé dans une optique spécifique d'exportation, l'émigration n'entame pas le réservoir de ressources humaines des pays d'origine⁷. En outre, comme les coûts de formation sont partiellement financés par

l'individu en Inde et aux Philippines, la perte sociale supportée par la collectivité est réduite au minimum. De ce fait, les migrations internationales de travailleurs de la santé présentent des avantages aussi bien pour les pays d'origine que pour les pays d'accueil, et bien sûr pour les migrants eux-mêmes. On peut néanmoins se demander dans quelle mesure ces expériences sont transposables et viables à long terme.

Le modèle philippin des écoles d'infirmiers axées sur l'exportation peut sans doute être appliqué dans d'autres pays. Cependant, les Philippines sont probablement arrivées au bout de leurs capacités d'expansion. En fait, ce pays commence à éprouver des difficultés pour contrôler la qualité de la formation, pour recruter des enseignants – sachant que ces derniers peuvent trouver des emplois intéressants à l'étranger – et pour maintenir des normes de soins élevées. En outre, certains médecins philippins se recyclent actuellement comme infirmiers pour améliorer leurs chances de trouver du travail à l'étranger, ce qui signifie que le pays investit dans leur formation à perte.

Il serait également possible de former des médecins « réservés à l'exportation », mais cette approche est particulièrement complexe car les coûts de formation sont élevés et la réussite dans les études n'est pas garantie. Pour pouvoir fournir au reste du monde des diplômés en médecine ayant payé l'intégralité du coût de leur formation dans des établissements privés, un pays doit disposer d'une classe moyenne solide, dont les membres peuvent se permettre de payer des études coûteuses à leurs enfants⁸. Le développement des capacités de formation des écoles de médecine et l'application de normes de qualité adéquates constituent également des défis majeurs⁹. Le Brésil, l'Inde et la Chine sont probablement les pays les mieux à même de remplir ces critères. On voit déjà pousser en Inde des « villes médicales », dont la plupart sont dotées d'écoles de médecine privées¹⁰. Cependant, la demande interne augmente elle aussi rapidement, et la densité de médecins dans le pays est encore très faible (0,6 pour 1 000 habitants). Dans les pays de la zone Caraïbes, les écoles de médecine proposent des places pour les citoyens américains, pour un coût moindre et qui viennent s'ajouter à celles existant aux États-Unis.

Il est à l'évidence risqué de s'en remettre exclusivement à ces pays d'exportation pour recruter du personnel de santé. Les pays de l'OCDE pourraient entrer en concurrence les uns avec les autres pour attirer des professionnels de la santé issus d'un petit nombre de pays sources. Ces pays, à leur tour, pourraient rencontrer des difficultés pour développer leurs capacités de formation face à la croissance rapide de la demande interne et externe de médecins et d'infirmiers. Malgré leur grande taille, la Chine, l'Inde et le Brésil ne sont sans doute pas des sources de travailleurs de santé intarissables.

2. Le recrutement international des professionnels de la santé : préoccupations éthiques

Les migrations internationales des professionnels de la santé suscitent des controverses à propos des avantages et des risques relatifs qu'elles comportent pour les pays d'origine. On craint que les coûts supportés par les pays d'origine ne l'emportent sur les avantages, notamment dans le cas de l'émigration en provenance de pays pauvres : presque les trois quarts des médecins et les deux tiers des infirmiers étrangers sont originaires de pays non membres de l'OCDE. Ces craintes sont justifiées, dans la mesure où les systèmes de santé des pays en développement sont souvent fragiles et insuffisants pour faire face aux défis que pose la santé publique¹¹. Cependant, pour qu'elle soit utile aux décideurs, la réflexion doit s'inscrire dans une perspective plus large. C'est ce que tente de faire ce chapitre. Après une brève analyse comparative entre les migrations de

main-d'œuvre et l'importance des pénuries de professionnels de la santé dans les pays d'origine, nous étudierons l'incidence des migrations sur la formation du capital humain et les capacités des systèmes de santé dans ces pays, ainsi que les facteurs explicatifs. Seront ensuite analysées les stratégies et les pratiques proposées ou mises en œuvre pour traiter les problèmes d'équité soulevés par les migrations internationales de professionnels de la santé.

2.1. L'ampleur de la fuite des cerveaux au regard des pénuries mondiales

Il ressort des analyses de l'OCDE que les migrations internationales ne constituent pas la cause principale de la crise des ressources humaines du secteur de la santé dans les pays en développement, même si elles contribuent à exacerber les problèmes dans certains pays (Dumont et Zurn, 2007).

Les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé que connaissent les pays en développement sont bien plus importantes que le nombre de professionnels de la santé qui ont émigré dans la zone OCDE. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les pénuries régionales de professionnels de la santé dépassent largement le nombre de ceux qui se sont expatriés dans la zone OCDE, ce qui signifie que, dans l'hypothèse purement théorique où l'immigration en provenance des pays en développement s'arrêterait, ces pays seraient toujours confrontés à des écarts considérables entre l'offre et la demande de personnels de santé.

La situation la plus pressante concerne l'Afrique, où l'ampleur de la crise est préoccupante. Selon le *Rapport sur la santé dans le monde* de l'OMS (2006), 36 des 57 pays qui connaissent les pénuries de médecins les plus critiques se situent en Afrique. Autrement dit, plus des trois quarts des 47 pays africains manquent de personnels médicaux. Selon les estimations de l'OMS, il serait nécessaire d'augmenter les effectifs actuels de 140 % pour répondre à la demande en Afrique. Et pourtant, les professionnels de la santé africains qui exercent dans des pays de l'OCDE ne représentent que 12 % du manque de médecins et de personnels infirmiers estimé par l'OMS dans la région (Dumont et Zurn, 2007). On peut également citer l'Asie du Sud-Est, où six des onze pays qui composent la région sont touchés par des pénuries critiques, lesquelles, selon les estimations de l'OMS, pourraient être comblées en doublant les effectifs sur place. Pourtant, les professionnels originaires de pays d'Asie du Sud-Est et travaillant dans des pays de l'OCDE ne représentent que 9 % des besoins estimés¹².

2.2. L'émigration de professionnels de la santé est-elle une menace ou une chance pour les pays d'origine?

Plusieurs caractéristiques des migrations de professionnels de la santé déterminent dans quelle mesure cela peut-être bénéfique ou nuisible pour les pays d'origine, à savoir l'importance des besoins estimés de ces professionnels dans les pays d'origine, l'incidence des transferts de fonds des travailleurs émigrés, la durée de l'expatriation et la répartition des coûts de formation entre les pays d'origine et de destination.

L'importance des pénuries dans les pays d'origine

L'émigration de professionnels de la santé n'aura pas les mêmes incidences si ces travailleurs sont originaires de grands pays en développement ou de pays petits ou pauvres souffrant de graves pénuries de main-d'œuvre dans ce secteur (Dumont et Zurn, 2007).

L'émigration des professionnels de la santé originaires de grands pays – ne serait-ce qu'en valeur absolue – tels que l'Inde, la Russie ou la Chine, reste faible au regard de leur main-d'œuvre totale¹³. Certains pays ayant des taux d'expatriation élevés parviennent à maintenir des effectifs dans ce secteur relativement élevés, c'est le cas notamment des pays qui forment des personnes en vue de leur expatriation, comme les Philippines et plusieurs États des Caraïbes pour ce qui est des personnels infirmiers.

Cette situation est à l'opposée de celle observée dans les pays plus petits où l'émigration diminue la capacité d'offrir à la population des services de santé de qualité et de dispenser une formation de qualité aux professionnels restant sur place. Les conditions de travail des médecins et infirmiers peuvent se détériorer, ce qui incite d'autant plus au départ. L'émigration des professionnels de la santé, exprimée en pourcentage des professionnels de la santé ayant quitté leur pays, est particulièrement forte aux Caraïbes et en Afrique, notamment dans les pays lusophones et francophones, mais aussi en Sierra Leone, en Tanzanie, au Liberia et dans une moindre mesure au Malawi (voir les cartes 4.1 et 4.1).

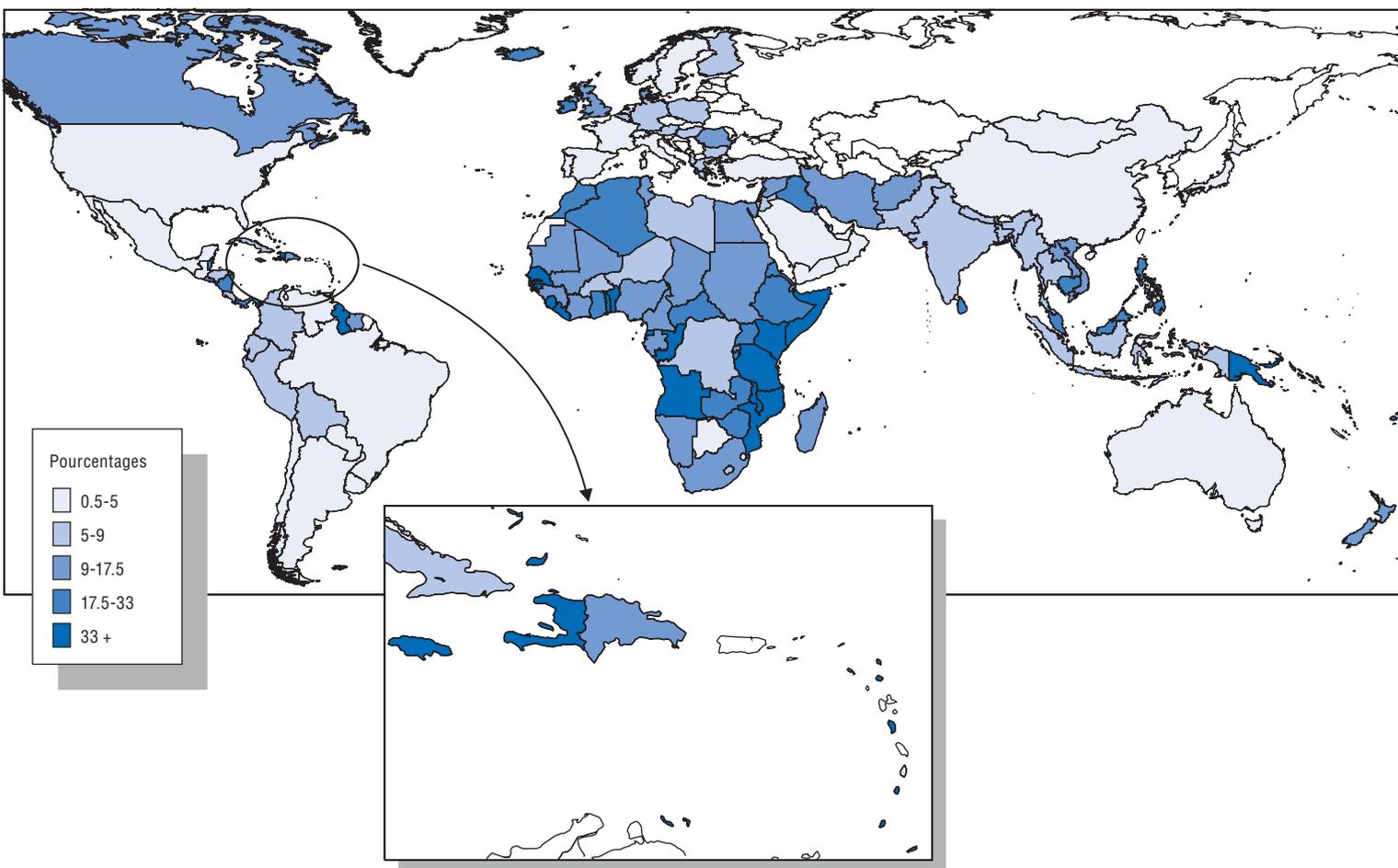
Les transferts de fonds par les travailleurs émigrés n'atténuent que de manière limitée les conséquences de l'émigration des professionnels de la santé

Au nombre des effets positifs potentiels, on cite souvent les transferts de fonds par des travailleurs émigrés comme des éléments contribuant à la santé de ceux qui sont restés au pays. Les faits sont en réalité plutôt mitigés. Quelques études reposant sur des microdonnées confirment généralement une incidence positive, bien que modeste et pas toujours consistante, sur la santé des enfants¹⁴. À l'inverse, des analyses faites au niveau macroéconomique ont montré que l'émigration des femmes diplômées du supérieur, dont beaucoup vont travailler dans le secteur de la santé, a une incidence négative sur les taux de mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans dans les pays d'origine. Ces chiffres peuvent donner à penser que les effets nuisibles pour la santé de l'absence de ces mères diplômées ne sont pas compensés par les retombées positives des fonds qu'elles envoient de l'étranger (Dumont et al., 2007).

Si l'on ne tient compte que des migrations internationales des professionnels de la santé, il est peu probable que les effets négatifs dus à leur départ puissent être compensés, au niveau macroéconomique, par leurs transferts de fonds. Ces envois restent de l'argent privé, qui est souvent utilisé pour la consommation et pour une petite part seulement pour l'épargne et l'investissement¹⁵. Les transferts de fonds des professionnels de la santé émigrés ne contribuent pas au développement des systèmes de santé et ne compensent pas les perturbations économiques causées par les niveaux élevés d'émigration. En outre, dans la mesure où les professionnels de la santé émigrés sont des travailleurs hautement qualifiés plus souvent issus de familles aisées, les fonds qu'ils envoient ont peu de chances d'atteindre les plus pauvres et les plus vulnérables en termes de santé (par exemple, 6 % seulement des ménages mexicains pauvres reçoivent des fonds de travailleurs émigrés).

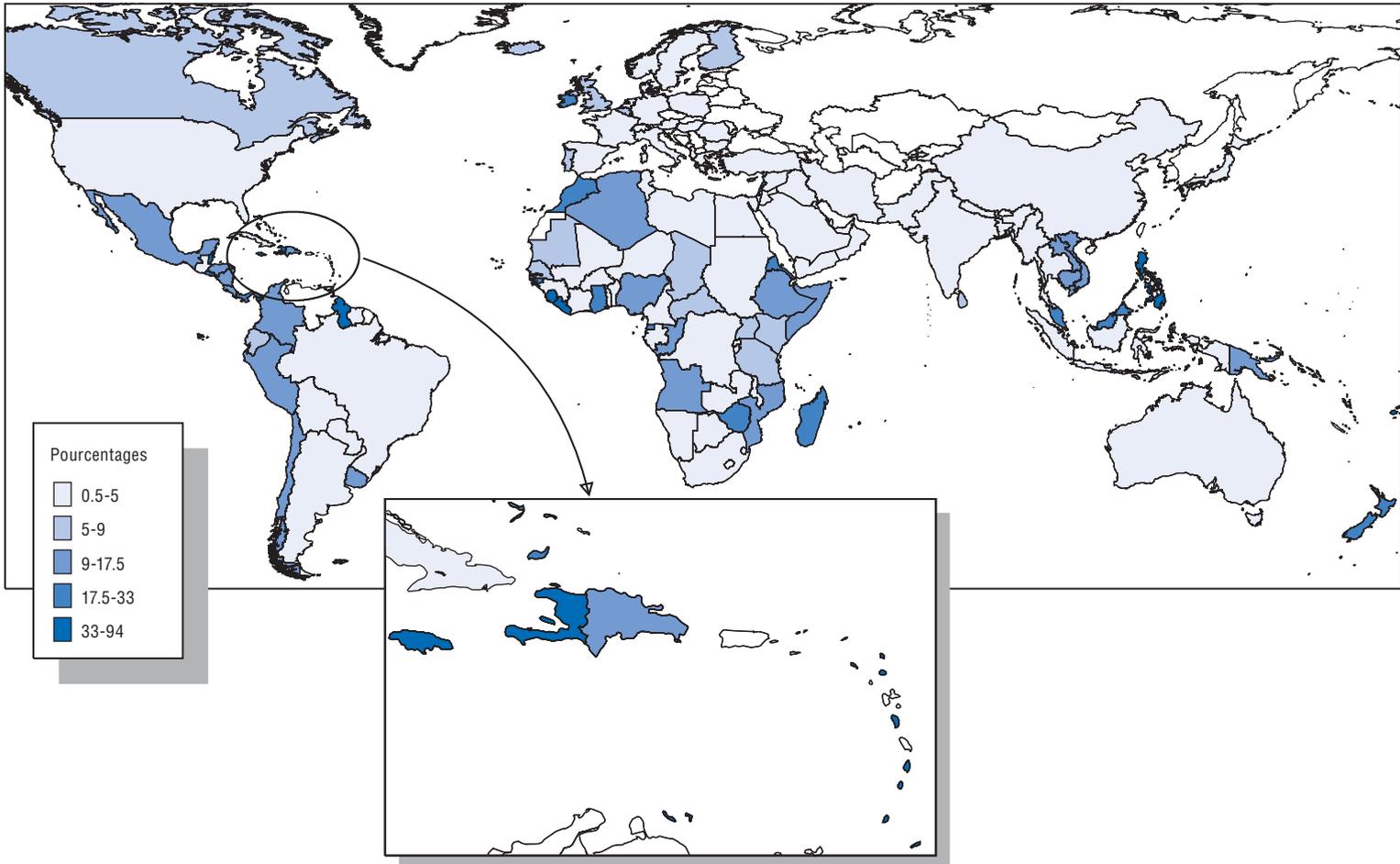
Les arguments exposés n'excluent pas nécessairement des liens positifs entre les transferts de fonds et le secteur de la santé, même s'ils ne sont ni automatiques, ni directs, comme le montre par exemple le programme mexicain « tres por uno », qui soutient des investissements collectifs dans des infrastructures locales¹⁶.

Carte 4.1. Taux d'expatriation des docteurs par pays d'origine
Pourcentages, autour de 2000



Source : Dumont et Zurn (2007).

Carte 4.2. Taux d'expatriation des infirmiers par pays d'origine
 Pourcentages, autour de 2000



Source : Dumont et Zurn (2007).

La durée d'expatriation constitue un facteur essentiel de l'impact éventuel sur les pays d'origine

La durée d'expatriation des professionnels de la santé peut également avoir une influence plus ou moins bénéfique sur les pays d'origine. Les migrations temporaires peuvent permettre aux médecins et infirmiers d'acquérir une expérience à l'étranger, de découvrir de nouvelles techniques médicales et de se perfectionner (à supposer qu'ils ne soient pas surqualifiés pour le poste qu'ils occupent et que leurs nouvelles compétences répondent aux besoins sanitaires les plus urgents dans leur pays d'origine). En revanche, les migrations permanentes représentent une perte définitive de capital humain pour le pays d'origine et entraînent des coûts supplémentaires pour recruter des remplaçants, coûts qui ne seront probablement pas compensés par les transferts de fonds vers le pays d'origine.

La distinction préalablement faite entre émigration temporaire et permanente est toutefois difficile à établir dans la réalité, notamment dans la mesure où la plupart des pays de l'OCDE ont facilité le passage du statut d'immigré temporaire à celui de permanent. De plus, les intentions des immigrants peuvent évoluer à mesure qu'ils s'intègrent dans leur pays d'accueil¹⁷. Les employeurs eux-mêmes n'encouragent pas toujours un taux de rotation important des travailleurs étrangers, afin de limiter les coûts fixes de leur recrutement et de leur intégration. Enfin, la transférabilité des compétences acquises à l'étranger dépend des conditions de travail et de réinsertion dans le pays d'origine. Certains éléments laissent supposer que les professionnels de la santé qui retournent chez eux ne peuvent pas toujours faire reconnaître leurs nouvelles qualifications et se retrouvent ainsi à des postes inférieurs¹⁸.

Les migrants envisagent de retourner définitivement dans leur pays d'origine lorsque les conditions qui ont motivé leur départ ne sont plus réunies. Les enquêtes portant sur les motifs d'expatriation des travailleurs recensent des raisons telles qu'un environnement plus sûr ainsi que de meilleures conditions de vie, installations, perspectives de carrière et rémunérations (Awases, 2005; Vujicic et al., 2004). La possibilité d'inscrire ses enfants dans un système scolaire international de qualité joue également un rôle décisif. Ces « raisons sociales » de l'émigration ne se limitent pas aux professionnels de la santé.

Le retour n'est pas une condition nécessaire pour que les professionnels de la santé apportent leur contribution au système de santé de leur pays d'origine. Outre les transferts de fonds, les diasporas ont une influence, en particulier lorsque les expatriés qui ont réussi se rendent dans leur pays d'origine pour des activités d'enseignement ou des interventions médicales hautement spécialisées. Certains pays de l'OCDE encouragent activement ces efforts en incitant les migrants hautement qualifiés à aider au développement économique de leur pays d'origine. C'est le cas de la France, par exemple, qui agit dans le cadre des accords de co-développement avec les pays francophones d'Afrique.

Les pays en développement bénéficient également, bien que dans une moindre mesure, des activités rémunérées et bénévoles de professionnels de la santé originaires de pays de l'OCDE (Laleman et al., 2007). Les pays de l'OCDE devraient soutenir ces initiatives, par exemple en adaptant la charge de travail des personnes concernées et en reconnaissant la valeur des activités professionnelles menées dans le cadre de l'assistance technique bénévole.

La question du financement?

Un dernier élément de l'évaluation des coûts et avantages des migrations de professionnels de la santé concerne les coûts de formation et d'enseignement et leur financement. La perte subie par les pays d'origine sera importante si les professionnels émigrés ont été formés chez eux, et encore plus si la formation a été financée sur fonds publics.

L'analyse menée par l'OCDE sur les migrations des professionnels de la santé montre que ceux qui ont été formés à l'étranger sont moins nombreux dans la force de travail des pays d'accueil que ceux qui sont nés à l'étranger (Dumont et Zurn, 2007). La différence s'explique au moins en partie par le fait que certains des professionnels nés à l'étranger ont été formés dans leur pays d'accueil, soit parce qu'ils sont arrivés (souvent lorsqu'ils étaient enfants) avec leur famille, soit en raison de l'internationalisation de la formation médicale. Certains éléments semblent indiquer que le rôle des étudiants en médecine étrangers s'est accru récemment. Certains d'entre eux, en particulier au niveau du troisième cycle, sont toutefois des professionnels de la santé émigrés dont les qualifications obtenues dans leur pays d'origine ne sont pas entièrement reconnues.

2.3. Mesures prises par les pouvoirs publics

Pour s'attaquer à la crise mondiale de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et aux graves pénuries qui touchent les pays en développement, les pouvoirs publics des pays d'origine et d'accueil devront prendre des mesures allant au delà des politiques migratoires. Ainsi qu'il a été dit plus haut, les pénuries dépassent de beaucoup les migrations internationales dans de nombreux pays à faible revenu, et les mesures prises doivent donc cibler les nombreux facteurs qui sont à l'origine de cette crise. Les pays d'accueil devraient toutefois être attentifs aux conséquences que les flux migratoires ont sur les pays d'origine. Cela est particulièrement vrai pour les nations pauvres qui subissent de graves pénuries de ressources humaines dans le secteur de la santé. L'accroissement des déséquilibres internationaux dans la répartition des professionnels de la santé pourrait également favoriser la diffusion des maladies et, à terme, mettre en danger la santé publique à l'échelle mondiale.

Le rôle des pays d'origine

Les pouvoirs publics et les décideurs des pays qui manquent de main-d'œuvre ont un rôle à jouer dans la recherche de solutions permettant de limiter les départs et de renforcer les systèmes de santé des pays d'origine. Sauf à renforcer les systèmes de santé dans les pays d'origine par une amélioration des conditions de travail et les autres politiques et pratiques mises en œuvre au niveau national comme international seront insuffisantes.

L'évaluation de l'importance relative des arrivées et des départs, de leurs déterminants et de leurs incidences sur le système de santé constitue à l'évidence une première étape fondamentale. L'émigration vers d'autres pays de personnes travaillant déjà dans le secteur de la santé est peut-être l'une des principales sources de départs des travailleurs de la santé mais ce n'est pas toujours la première ou l'unique cause. Les travailleurs peuvent simplement changer de profession pour trouver un emploi mieux payé ou plus motivant dans le pays en question, ou ne pas trouver d'abord un travail dans leur domaine de compétence. Comprendre la situation et ses causes facilitera l'élaboration de mesures permettant de compenser les départs dans le secteur de la santé (Buchan, 2007).

La répartition interne des ressources humaines dans le domaine de la santé représente une difficulté importante pour les pays à faible revenu, peut-être même davantage que les migrations internationales. Les déséquilibres entre zones rurales et urbaines ou entre le secteur privé et le secteur public sont très préoccupants en termes de santé publique. D'après les estimations du *Rapport sur la santé dans le monde* (OMS, 2006), si la population vit à 55 % dans des zones urbaines, celles-ci attirent en moyenne 75 % des médecins et 60 % des infirmiers. Les écarts dans certains pays en développement peuvent même être plus importants¹⁹.

Il est urgent de prendre des mesures pour améliorer les conditions de travail et de vie locales, notamment les possibilités de formation et la sécurité, ainsi que des mesures nationales pour former, attirer et retenir les médecins et infirmiers dans leur pays d'origine. Même s'il peut être difficile de trouver des solutions compte tenu des fortes contraintes financières auxquelles de nombreux pays sont confrontés, certains sont parvenus à retenir davantage de professionnels de la santé à l'aide d'un ensemble d'incitations financières et non financières.

Le Malawi en est un exemple : il a été possible d'améliorer le maintien en poste des professionnels et de réduire le nombre de postes vacants grâce à un soutien financier majeur du ministère britannique du développement international (DFID) sur une période de six ans. Les mesures prises comprennent une augmentation de salaire (+52 %), des effectifs plus nombreux (+7 %), le doublement du contingent des étudiants en soins infirmiers et le triplement de celui des étudiants en médecine, et la mise en place d'une série d'incitations pour encourager l'installation dans 137 zones rurales non desservies (30 % des installations). Un programme similaire a par exemple été mis en place en Zambie avec l'aide des Pays-Bas (Tyson, 2007). D'autres pays tels que le Ghana ont essayé d'attirer des médecins avec un programme avantageux de location/vente de véhicules et un accès préférentiel à des emprunts immobiliers pour tous les personnels de santé. Ces programmes suscitent toutefois le mécontentement de ceux dans d'autres professions qui ne peuvent pas en bénéficier.

Pour récupérer le coût des formations financées sur fonds publics, certains pays en développement, comme le Ghana et l'Afrique du Sud, ont mis en œuvre des programmes au titre desquels les pouvoirs publics prennent en charge les coûts des études de médecine et de soins infirmiers, et exigent en contrepartie que les diplômés s'engagent à travailler pour les services de santé publics pendant quelques années ou rachètent cette obligation avant de pouvoir travailler à l'étranger. Ces programmes sont néanmoins souvent inefficaces et peuvent, dans plusieurs pays, inciter d'autant plus les diplômés à s'expatrier. La mise en œuvre est compliquée, entre autres, par la difficulté de veiller au respect du programme. Les pays d'accueil peuvent contribuer à améliorer l'efficacité de ces programmes en faisant en sorte de ne pas recruter des travailleurs qui n'ont pas rempli leurs obligations dans leur pays d'origine.

Les problèmes plus vastes associés à la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et aux politiques dans ce domaine dans les pays en développement sont largement étudiés dans le *Rapport sur la santé dans le monde* (OMS, 2006). L'analyse internationale permet de confronter les expériences, bonnes et mauvaises, et de tirer les leçons des pratiques utiles mises en place dans les pays développés comme dans les pays en développement.

Le rôle des pays d'accueil dans la gestion éthique du recrutement international

Certains pays de l'OCDE ont adopté ou envisagé des politiques spécifiques, décrites ci-dessous, pour atténuer les effets négatifs et renforcer les avantages associés aux migrations de professionnels de la santé. Ces mesures offrent des exemples intéressants qui peuvent éventuellement être généralisés ou transposés à plus grande échelle. Néanmoins, ces mécanismes génèrent des difficultés théoriques et pratiques. Il est difficile de coordonner ces politiques entre les différents acteurs du secteur public et niveaux de l'administration et pratiquement impossible d'empêcher le recrutement direct par le secteur privé. En particulier, il s'est révélé difficile de s'attaquer aux problèmes préoccupants de certains pays d'origine pauvres sans faire de discrimination à l'encontre d'individus ou de groupes professionnels particuliers de certains pays. S'il n'existe pas un « droit à l'émigration » internationalement reconnu, en revanche la liberté pour les individus de se déplacer et de chercher en dehors de leur propre pays des opportunités de développement professionnel et personnel doit être mentionnée.

Codes de conduite et accords. Des codes de conduite et des accords intergouvernementaux ont été proposés pour encourager un recrutement éthique de professionnels de la santé. Ces codes ont pour objet de recenser les pays dans lesquels le recrutement pourrait être moins dommageable et de proposer des formes éthiques de recrutement à partir de pays pauvres. Plusieurs instruments facultatifs juridiquement non contraignants ont été élaborés depuis 1999. Leur diffusion est toutefois limitée et leur efficacité mise en doute.

Au niveau national, le Royaume-Uni a pris l'initiative en rédigeant des codes de conduite éthique pour le recrutement de professionnels de la santé étrangers. Le ministère britannique de la santé a publié un code de pratique (2001, révisé en 2004) qui énonce des principes directeurs pour le recrutement éthique et l'emploi de professionnels de la santé émigrés (ministère de la Santé, 2004). Ce code vise à empêcher un recrutement ciblé de travailleurs originaires de pays en développement qui manquent de personnel de santé. Tous les organismes de santé, y compris du secteur privé, peuvent adhérer aux principes contenus dans le code.

Le code multilatéral le plus souvent cité est le *Commonwealth's International Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers* (Code de pratique international du Commonwealth pour le recrutement international de professionnels de la santé). Ce Code, paru en 2003, définit des principes visant à aider les pouvoirs publics à recruter des personnels de santé étrangers (Secrétariat du Commonwealth, 2003). La Fédération européenne des associations infirmières a également énoncé des principes pour un recrutement éthique, tandis que l'Union européenne s'efforce d'élaborer un instrument d'action de cette nature. On peut également citer le « Manifeste de Melbourne »²⁰ et le « Manifeste de Londres »²¹, qui tous deux comprennent des directives et des principes spécifiques pour un recrutement équitable (Labonte *et al.*, 2006). Enfin, la 57^e Assemblée mondiale de la santé en 2004 a exhorté ses États membres à s'attaquer aux problèmes liés aux migrations de professionnels de la santé, et, notamment demandé au Secrétariat de l'OMS de proposer un code de pratique international sur les migrations. Les réactions à cette initiative sortent du cadre du présent rapport.

Des accords bilatéraux peuvent être utilisés pour mieux gérer la mobilité internationale des personnels de santé, en particulier s'ils comprennent des clauses stipulant que le pays d'accueil accepte de prendre à sa charge les coûts de formation du personnel supplémentaire et/ou de recruter des travailleurs uniquement pour une durée

limitée avant que ces derniers ne retournent dans leur pays d'origine (Buchan, 2007). Ainsi, le Royaume-Uni a signé des accords ou protocoles d'accord bilatéraux pour le recrutement de professionnels de la santé avec plusieurs pays, notamment l'Afrique du Sud, l'Inde, les Philippines, l'Espagne, la Chine et l'Indonésie. Le Japon a également conclu un accord avec les Philippines concernant les infirmiers, accord qui comprend un volet important sur la formation. Certaines régions italiennes ont aussi conclu des accords bilatéraux originaux concernant les infirmiers avec plusieurs régions de Roumanie.

L'efficacité des codes d'éthique et des accords intergouvernementaux dépend de leur contenu (principes envisagés, détails pratiques), de leur champ d'application (pays et employeurs concernés) et du respect de leur application (mécanismes utilisés, efficacité). Martineau et Willets (2006) étudient les instruments existants et mettent en évidence les limites de leur efficacité en raison du manque de systèmes de soutien, d'incitations et de sanctions, ainsi que de dispositifs de suivi. McIntosh et al. (2007) montrent les nombreuses difficultés pratiques auxquelles se heurte le Canada pour parvenir à un recrutement éthique de professionnels de la santé formés à l'étranger, notamment pour concilier le droit d'émigrer de chacun et les problèmes d'équité à l'échelle internationale, mais aussi pour définir la notion de « recrutement actif ».

Réglementation du rôle des agences de recrutement

Face à l'accroissement de la demande de travailleurs de la santé dans les pays de l'OCDE, on a assisté à l'émergence de nombreuses agences de recrutement qui jouent un rôle d'intermédiation entre l'offre internationale de travailleurs de la santé et la demande des employeurs des pays de l'OCDE. Dans une certaine mesure, ces agences de recrutement encouragent l'émigration des travailleurs de la santé.

En dépit d'un manque d'informations sur les activités de ces agences de recrutement, un rapport publié par le BIT a indiqué que les deux tiers des 400 infirmiers internationaux ayant émigré à Londres ont été recrutés par des agences implantées au Royaume-Uni (BIT, 2006). Certains de ces infirmiers ont déclaré être sous-payés et avoir été recrutés pour des emplois peu qualifiés, en particulier dans le secteur des soins de longue durée où les pénuries de personnel sont importantes. Dans certains cas, l'agence intervient directement en tant qu'employeur et propose des contrats de courte durée (Connell et Stilwell, 2006). De plus, certaines agences internationales de recrutement, des services nationaux de la santé et des institutions privées de soins de santé ont mené des campagnes actives de recrutement à l'étranger (Dobson et Salt, 2007).

Face aux inquiétudes suscitées par les conditions de recrutement des professionnels de santé embauchés par l'intermédiaire d'agences mais aussi par l'incidence de ces recrutements sur les pays d'origine qui connaissent des pénuries de travailleurs de la santé, il a paru nécessaire de réglementer les activités des agences de recrutement dans certains pays de l'OCDE. Cinq pays (Australie, Italie, Pays-Bas, Pologne et Royaume-Uni) ont réglementé le recours à des agences de recrutement pour les professionnels de santé (Dumont et Zurn, 2007). Pour résoudre le problème du recrutement des travailleurs de santé en provenance de pays en développement, le Royaume-Uni a été le premier à mettre en place un code éthique de pratiques qui restreint le recrutement des travailleurs de santé originaires de plus de 150 pays en développement. De même, le *UK National Health Service* (NHS) recommande de ne travailler qu'avec des agences de recrutement qui se conforment au code de pratique pour l'embauche de personnel britannique et étranger, et publie une liste des agences agréées.

Un partage plus équitable des coûts de formation. Certains pays d'origine prônent la mise en place d'un mécanisme de compensation comprenant un transfert de fonds (ou une autre forme de compensation) du pays d'accueil vers le pays d'origine, proportionnel aux flux migratoires des médecins et infirmiers. L'argument défendu est le suivant : les externalités sociales associées à la santé justifient l'investissement public dans la formation des personnels de santé, mais l'émigration de ces professionnels constitue une perte implicite du coût de la formation et une aide pour le pays de destination, qui pourrait être remboursée ou au moins donner lieu à une compensation. Dans les années 70 et 80, Bhagwati proposait que les migrants s'acquittent d'une taxe spéciale afin de financer les systèmes éducatifs des pays en développement (Bhagwati, 1976; Bhagwati et Partington, 1976).

Cette approche pose plusieurs difficultés conceptuelles et pratiques. Par exemple, la réparation financière devrait être évaluée en prenant en compte : i) les débouchés dans le pays d'origine (*ex-ante*); ii) la durée du séjour dans le pays d'accueil (*ex-post*); et iii) les parts du coût de la formation assumées par le migrant, le pays d'accueil et le pays d'origine ou de formation. En outre, des questions éthiques se posent pour ceux qui fuient leur pays pour des raisons humanitaires ou pour cause de conflit ou de persécution.

Ces difficultés expliquent pourquoi, à ce jour, aucun mécanisme de compensation n'a été mis en place de façon systématique bien que l'on ait amplement débattu du sujet. Le Code de Pratique du Commonwealth pour le recrutement international des professionnels de la santé et le *Pacific Code of Practice* adopté en 2007 sont, à notre connaissance, les deux seuls accords internationaux qui mentionnent une clause de compensation, sans toutefois en spécifier les mécanismes ou les principes d'application. Parmi les pays de l'OCDE, seule la Nouvelle-Zélande a adhéré à ce code.

Une partie du problème que posent les mécanismes de compensation réside dans le rapport existant entre les migrations et les transferts monétaires. Certains ont proposé que les pays développés contribuent à un fonds de réinvestissement éducatif facultatif afin de développer la formation dans les pays en développement (*Joint Learning Initiative*, 2004). Ce serait un moyen de dédommager les pays d'origine de la perte de leur investissement en formation théorique et pratique. Un rapport britannique évaluant les moyens d'action disponibles pour réduire les migrations des professionnels de la santé propose également une compensation équivalant à la valeur salariale des personnels de santé employés dans les pays d'accueil (Mensah et al., 2005). Cette solution a toutefois été critiquée et rejetée (Labonte et al., 2006).

Accueillir des étudiants en médecine étrangers. Les bourses et les subventions destinées aux étudiants originaires de pays en développement pour qu'ils viennent étudier la médecine dans les pays d'accueil permettent à ces étudiants d'acquérir des qualifications qu'il leur aurait été difficile d'obtenir dans leur pays d'origine.

Les retombées pour le pays d'origine dépendent du retour du professionnel pendant un certain nombre d'années après l'obtention de son diplôme. Plusieurs pays d'origine qui offrent à leurs étudiants des bourses d'État pour partir étudier la médecine à l'étranger exigent que les professionnels reviennent dans leur pays d'origine pour exercer ou qu'ils remboursent les prêts et subventions reçus. La délivrance de visas non reconductibles aux étudiants étrangers originaires de pays pauvres est parfois évoquée comme une option possible pour les pays d'accueil.

La Norvège offre, par exemple des bourses à environ 1 100 étudiants originaires de pays en développement, y compris les pays d'Asie orientale et centrale. Ces bourses sont offertes aux mêmes conditions (à la fois prêt et subvention) que dans le cas d'étudiants norvégiens. Si l'étudiant repart dans son pays, le prêt est converti en subvention. Le visa *J1 Exchange Visitor Skill* aux États-Unis stipule que les étudiants doivent retourner pendant deux ans dans leur ancien pays de résidence permanente avant de demander un nouveau visa pour les États-Unis²². Dans le cadre de la *Medical Training Initiative*, le Royaume-Uni a récemment instauré un visa spécifique de formation et d'expérience professionnelle non renouvelable pour les ressortissants de pays tiers qui bénéficient d'une bourse de formation des *Royal Colleges* et d'autres organismes dans le domaine médical. Les modifications apportées à la loi française sur l'immigration de 2006 facilitent le changement de statut des étudiants étrangers, mais la loi stipule aussi que l'étudiant devra, à terme, rentrer dans son pays d'origine.

Il se révèle cependant difficile, voire inefficace, d'imposer des clauses de retour. Les travailleurs peuvent par exemple choisir de partir pour un autre pays plutôt que de retourner dans leur pays d'origine. Ils peuvent obtenir le droit de rester dans leur pays d'accueil, en se mariant par exemple. Ces mesures soulèvent par ailleurs des questions d'ordre éthique entre le droit de chacun de s'expatrier pour améliorer sa situation économique et le problème que représente la perte de professionnels pour les systèmes de santé des pays d'origine. L'application de restrictions aux professionnels de la santé immigrés en provenance de pays d'origine où l'offre est insuffisante impliquerait une discrimination fondée sur le pays d'origine; elle serait donc illégale au regard des législations anti-discrimination dans de nombreux pays.

Même en l'absence de clauses de retour spécifiques, il est sans doute possible d'accueillir plus d'étudiants en médecine et en soins infirmiers étrangers dans certains pays de l'OCDE. Certains d'entre eux retourneront chez eux après leurs études et apporteront leur contribution à leur pays d'origine, en particulier si ce pays n'a pas pris en charge les coûts de formation, tandis que ceux qui resteront alimenteront la main-d'œuvre de leur pays d'accueil.

L'aide extérieure et l'assistance technique. En renforçant les systèmes de santé des pays en développement, les initiatives internationales en faveur du développement pourraient contribuer à atténuer les facteurs d'impulsion qui poussent les professionnels de santé à quitter leur propre pays et pourraient compromettre la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement.

Les pays de l'OCDE s'efforcent depuis longtemps, par l'intermédiaire de leurs organismes d'aide, d'améliorer les conditions de vie des pays en développement. Les actions entreprises pour améliorer la santé des populations pauvres font partie intégrante des stratégies de lutte contre la pauvreté des donateurs (OCDE, 2003). En apportant un soutien technique et en mobilisant des ressources financières adéquates, l'aide internationale joue un rôle important dans le renforcement des ressources humaines du secteur de la santé. Les donateurs peuvent favoriser la mise en œuvre de mesures concernant les personnels de santé dans les stratégies de lutte contre la pauvreté élaborées par les pays en développement. Ils peuvent également soutenir les investissements destinés aux systèmes de formation et d'enseignement dans les pays qui exportent des travailleurs qualifiés. Ainsi, le ministère britannique chargé du développement international soutient des programmes visant à renforcer les systèmes de santé de pays en

développement, notamment grâce à des investissements dans la formation ainsi qu'à des incitations et à des primes pour les travailleurs installés dans des zones rurales (DFID, 2007).

Les donateurs peuvent aussi contribuer à développer, dans les pays d'origine, des réseaux s'appuyant sur l'expérience des professionnels émigrés exerçant dans des pays développés et encourager de la sorte le transfert de connaissances entre les systèmes de santé des pays d'origine et ceux des pays de destination. L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a subventionné le programme d'amélioration de la qualité des soins infirmiers (*Nursing Quality Improvement Program*), afin d'associer les hôpitaux américains accrédités pour l'excellence de leurs soins infirmiers dans le cadre du « Magnet Recognition Program » à des hôpitaux en Russie et en Arménie. De telles stratégies contribuent à réduire les facteurs d'impulsion associés au manque d'opportunités et de rôles professionnels pour les infirmiers dans les pays à faible revenu (Aiken et Cheung, 2008).

Les pays donateurs mettent l'accent sur la nécessaire cohérence entre les politiques d'aide et les autres politiques nationales; c'est clairement le cas pour les questions des personnels de santé et des migrations internationales. C'est ainsi que l'Union européenne a adopté, en 2005, une Stratégie pour l'action centrée sur la nécessité de remédier à l'insuffisance de professionnels de la santé dans les pays en développement et d'éviter l'exode des cerveaux, en particulier en Afrique²³. Depuis la Conférence de Tripoli sur les migrations et le développement, en novembre 2006, et avec le lancement, lors du Sommet de Lisbonne de décembre 2007, du partenariat Union européenne/Union africaine sur les migrations, la mobilité et l'emploi, les chefs d'État européens et africains se sont entendus sur des objectifs d'action pour réduire l'exode des cerveaux de leur pays d'origine. La santé a également été identifiée comme un secteur « indicateur » pour le suivi de l'impact des politiques d'aide à la lumière des résultats du Forum de haut niveau (FHN) sur l'efficacité de l'aide, qui se tiendra à Accra (Ghana) en septembre 2008. La question des migrations de professionnels de santé est désormais intégrée aux efforts des multiples acteurs pour assurer la cohérence globale des politiques de développement.

Bien que moins importante en volume, l'émigration de personnels de santé de pays développés vers des pays en développement, notamment des bénévoles, apporte une contribution notable aux pays en développement, en particulier lorsque l'émigration est bien coordonnée avec le pays d'accueil (Laleman et al., 2007). Ces personnels peuvent aider à former des professionnels sur place et les inciter à ne pas partir. Ils occupent souvent des postes vacants et contribuent à faire face aux situations d'urgence, comme le font par exemple plusieurs organisations à but non lucratif.

Notes

1. L'écart entre le nombre de professionnels de santé originaires de pays de l'OCDE entrant aux États-Unis et le nombre de professionnels de santé nés aux États-Unis migrant vers d'autres pays de l'OCDE est d'environ 79 000 pour les infirmiers et de 44 000 pour les médecins.
2. Outre l'Union européenne, on peut citer l'Accord de libre-échange nord-américain ou l'Accord transtasmanien entre la Nouvelle-Zélande et l'Australie.
3. L'Italie, par exemple, souffre d'un exode notoire de travailleurs hautement qualifiés, dont les médecins. Cela tient en partie à la forte densité de docteurs en médecine dans la population et en

partie aux perspectives désastreuses de l'emploi, qui conduit de nombreux médecins à émigrer, notamment vers d'autres pays de l'Union européenne (Chaloff, 2008). Certains pays d'Europe de l'Est membres de l'OCDE se trouvent dans une situation similaire.

4. *Cornu copiae* : symbole, emblème de l'abondance.
5. Pour un examen des problèmes éthiques et des solutions envisageables, le lecteur pourra se référer à la section 2 du chapitre 4 de ce rapport.
6. D'après les recensements effectués en 2000, 15 % environ des médecins immigrant dans la zone OCDE sont originaires d'Inde et à peu près le même pourcentage d'infirmiers vient des Philippines. Qui plus est, les flux récents ont soutenu cette tendance.
7. Certains auteurs affirment même que dans pareil cas, l'amélioration des possibilités de migration aurait un impact positif sur l'effectif disponible de travailleurs hautement qualifiés dans le pays source (par exemple Stark, 2004; Beine *et al.*, 2008). Si cette théorie est plausible dans le cadre d'hypothèses très strictes (existence d'un marché du crédit parfait, non-sélection, faible taux d'émigration, etc.), elle ne s'applique assurément pas à la plupart des pays de petite taille ou moins avancés, notamment lorsque l'essentiel de la formation des professionnels de santé est financée au moins en partie par l'État.
8. Par exemple, en Inde, les coûts de formation pour les étudiants qui acquittent l'intégralité des frais de scolarité sont de l'ordre de 40 000 USD pour la durée de la formation. À ce montant il faut ajouter les frais de subsistance et autres dépenses annexes.
9. Un moyen de résoudre le problème de la qualité consisterait à établir des partenariats internationaux entre écoles de médecine. Par exemple, le campus universitaire créé en Malaisie par l'Université Monash est conforme aux normes australiennes (une centaine d'étudiants obtiennent leur diplôme chaque année; le coût des études de niveau « undergraduate », pour les étudiants étrangers, est de l'ordre de 35 000 USD pour cinq années de cours à plein-temps; et les études de niveau « postgraduate » coûtent environ 22 000 USD pour quatre ans).
10. En 2004, 45 % des écoles de médecine en Inde relevaient du secteur privé (10 685 places), leur nombre ayant augmenté de 900 % entre 1970 et 2004. La même année, les établissements publics représentaient 36 %, et leur croissance a été limitée à 20 % (13 320 places en 2004) (Mahal et Mohanan, 2006).
11. « Ainsi, l'Afrique, qui supporte plus de 24 % de la charge mondiale des maladies, ne dispose que de 3 % du personnel sanitaire mondial et de moins de 1 % des ressources financières mondiales – même en tenant compte des prêts et dons de l'étranger » (OMS, 2006).
12. S'agissant du continent américain et du Pacifique occidental, les effectifs des professionnels nés à l'étranger travaillant dans des pays de l'OCDE dépassent les besoins locaux estimés. La situation est toutefois en partie brouillée étant donné qu'un grand nombre d'immigrants ont été formés dans des pays de l'OCDE ou sont originaires d'un nombre restreint de grands pays.
13. Le taux d'expatriation des médecins chinois est d'environ 1 % et celui des médecins indiens atteint 8 %.
14. La Banque mondiale (2006) indique que, dans le cas du Guatemala, les enfants de familles qui reçoivent des fonds de l'étranger ont tendance à être en meilleure santé que ceux des autres familles ayant des caractéristiques démographiques et socio-économiques analogues, après avoir pris en compte le revenu pré-migration. Cependant, la plupart des résultats ne se retrouvent pas pour le Nicaragua. De plus, Adams (2006) n'observe pas d'incidence des transferts de fonds internationaux sur la part marginale du budget consacrée aux dépenses de santé au Guatemala. Dans leur étude des zones rurales du Mexique, Hildebrandt et McKenzie (2005) montrent que les enfants des ménages de migrants (et non des ménages recevant des fonds de l'étranger) présentent des taux de mortalité infantile inférieurs et un poids à la naissance supérieur.
15. C'est la raison pour laquelle il ne serait pas justifié de comparer les transferts de fonds effectués par les professionnels de la santé depuis l'étranger avec les coûts de formation pris en charge par les autorités publiques.
16. En 1993, le gouvernement de l'État de Zacatecas, au Mexique a mis en place le programme « dos por uno » (deux pour un), dans le cadre duquel l'État fédéral et les gouvernements des États versent un dollar pour chaque dollar investi par les associations d'intérêt local dans des projets de développement dans l'État de Zacatecas. En 1999, le programme a été élargi aux administrations locales et rebaptisé « tres por uno » (trois pour un); il n'englobe pas seulement l'État de Zacatecas mais également d'autres États mexicains comme ceux de Guanajuato, Jalisco et Michoacan. En 2005, les associations d'intérêt local ont levé environ \$20 millions pour des projets de

développement dans tout le Mexique et en contrepartie le gouvernement fédéral mexicain, les États et les administrations locales ont contribué à ces projets à hauteur de 60 millions de USD (www.migrationinformation.org/USfocus/display.cfm?ID=579).

17. Nous ne disposons malheureusement pas de données sur les migrations de retour des médecins et des personnels infirmiers.
18. Cela a par exemple été le cas pour des personnels infirmiers en Afrique du Sud (Dumont et Meyer, 2004).
19. Au Ghana par exemple, les deux tiers des médecins sont installés dans les deux plus grandes villes du pays, Accra et Kumasi (Nyonator et Dovlo, 2005).
20. Code de pratique pour le recrutement international de professionnels de la santé adopté par les délégués de l'Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille (WONCA) lors de leur réunion du 3 mai 2002 à Melbourne (Australie).
21. Accord résultant d'une conférence internationale sur les ressources humaines mondiales dans le secteur de la santé, organisée le 14 avril 2005 par la *British Medical Association* en association avec le Commonwealth. Parmi les participants se trouvaient l'*American Medical Association*, l'*American Nurses Association*, la *Commonwealth Medical Association*, la *Commonwealth Nurses Federation*, Santé Canada, le Conseil médical du Canada, le *Royal College of Nursing* et la *South African Medical Association*.
22. Sauf s'ils sont admissibles au programme de dispense de visa J1.
23. Stratégie d'action communautaire concernant la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement.

Chapitre 5

Conclusion : la marche à suivre

On dispose d'informations selon lesquelles de nombreux pays de l'OCDE pourraient être confrontés à des pénuries de professionnels de la santé au cours des vingt prochaines années. La demande dans ce secteur devrait augmenter en raison de la hausse des revenus, de l'évolution continue des technologies médicales et du vieillissement des populations de l'OCDE. Le stock des travailleurs de la santé va diminuer à mesure que la génération du « baby-boom » va arriver à l'âge de la retraite. Pour réduire l'écart attendu entre la demande et l'offre de professionnels de la santé au cours des vingt prochaines années, les pays de l'OCDE auront principalement le choix entre quatre solutions : former chez eux davantage de professionnels ; favoriser la rétention et retarder le départ à la retraite des professionnels de santé dans les pays de l'OCDE ; améliorer la productivité des travailleurs de santé ; et recruter au niveau international des travailleurs de santé en provenance d'autres pays de l'OCDE ou de pays extérieurs à la zone OCDE.

Au niveau international, on est de plus en plus conscient des implications des migrations pour les pays pauvres en ressources qui ont au départ une faible densité de professionnels de santé. Et la capacité de recruter dans des pays à forte densité de professionnels de santé ne peut être durablement maintenue si de nombreux pays commencent à recruter à partir d'un nombre limité de pays d'origine. Ces dilemmes influencent les discussions sur les politiques et la recherche de solutions alternatives tant au niveau national qu'international. Ils requièrent une meilleure surveillance de l'impact des différentes combinaisons de politiques adoptées par les pays. Mais surtout, il convient d'analyser le rôle et l'impact des migrations dans le contexte plus large des politiques de ressources humaines.

Pour réduire l'écart attendu entre la demande et l'offre de professionnels de la santé au cours des vingt prochaines années, les pays de l'OCDE auront principalement le choix entre quatre solutions : former chez eux davantage de professionnels; favoriser la rétention et retarder le départ à la retraite des professionnels de santé dans les pays de l'OCDE; améliorer la productivité des travailleurs de santé; et recruter au niveau international des travailleurs de santé en provenance d'autres pays de l'OCDE ou de pays extérieurs à la zone OCDE.

1. Développer la formation

De nombreux pays de l'OCDE ont déjà augmenté leur capacité de formation en médecine et en soins infirmiers. Dans certains pays, les pouvoirs publics pourraient tenter de combler l'écart estimé entre la demande et l'offre, en formant encore plus de professionnels de la santé. Le développement rapide des programmes de formation dans certains pays ces dernières années donne à penser que les capacités de formation pourraient même être encore étendues.

Cependant, la formation des infirmiers peut prendre jusqu'à cinq ans et celle des médecins dépasser les dix ans. Il pourrait être nécessaire, pour trouver du personnel afin d'occuper des postes nouveaux, en particulier des postes difficiles à pourvoir, d'augmenter les rémunérations relatives, ce qui ferait peser une pression supplémentaire sur la masse salariale. En misant sur la formation, c'est l'objectif de maîtrise des dépenses publiques qui pourrait en pâtir. Les coûts de formation sont aujourd'hui pris en charge partiellement ou essentiellement par le secteur public dans de nombreux pays. Il pourrait être utile, dans ces pays, d'envisager un transfert plus important des coûts de formation sur le secteur privé, en imposant des frais d'inscription et en les finançant au moyen de prêts.

Néanmoins, l'éducation et la formation restent les outils les plus importants et les plus directs pour renforcer les effectifs de personnels de santé. Dans ce contexte, les efforts actuels des pays de l'OCDE contribuent au règlement de la crise mondiale des effectifs de personnels de santé.

2. Favoriser le maintien en poste et retarder le départ à la retraite

Il est peut-être possible d'améliorer le maintien en poste des professionnels de la santé dans les pays de l'OCDE et de repousser leur départ à la retraite. S'agissant des infirmiers, certains faits indiquent que dans plusieurs pays de l'OCDE, leur taux de rotation est important, tout comme leur degré de mécontentement. Investir davantage dans des initiatives telles que le « Magnet Recognition Program », au titre duquel les établissements exemplaires en matière d'organisation des soins infirmiers obtiennent un agrément, pourrait contribuer à maintenir en poste plus d'infirmiers et à améliorer leur productivité. En ce qui concerne la question de la retraite, l'allongement de la durée de vie attendu dans les pays de l'OCDE permet d'envisager des carrières plus longues. De nombreux pays de l'OCDE ont déjà commencé à repousser ou à assouplir l'âge officiel de départ à la retraite.

3. Accroître la productivité

Dans l'hypothèse où certaines tendances observées chez les personnels de santé continuent d'aller dans la même direction, par exemple la diminution des heures de travail, le développement du temps partiel et, dans le cas des médecins, l'accroissement de la spécialisation et de la féminisation, cela entraînera globalement une augmentation des effectifs par rapport au nombre des travailleurs équivalent plein temps. Cette perspective devrait d'autant plus encourager à chercher les moyens d'améliorer la productivité.

Les pays de l'OCDE peuvent adopter plusieurs approches nouvelles pour accroître la productivité de leurs personnels de santé au cours des deux prochaines décennies. On peut citer les évolutions technologiques qui permettent d'économiser la main-d'œuvre, par exemple accélérer la mise en place de systèmes informatiques dans le secteur de la santé, améliorer la distribution des compétences dans les ressources humaines de la santé, notamment en accordant un rôle plus important aux assistants médicaux et aux infirmiers praticiens, et améliorer les liens entre rémunérations et résultats.

4. Recruter à l'échelle internationale

Comme l'éducation, mais de manière plus immédiate, le recrutement international a un impact direct sur le stock de travailleurs de la santé. C'est pourquoi l'option de l'immigration pourrait apparaître attractive en cas d'augmentations soudaines et imprévues de la demande. Elle comporte des avantages potentiels pour les migrants comme pour les pays d'accueil. Elle permet de recruter rapidement un personnel expérimenté. Les migrants sont souvent plus disposés à accepter des postes difficiles à pourvoir dans le pays d'accueil. Ils peuvent aider à assurer la continuité du service dans le pays d'accueil et contribueront grandement à l'adaptation des services de soins aux besoins des sociétés de la zone OCDE dont la diversité culturelle s'accroît. Dans le même temps, les migrants eux-mêmes peuvent bénéficier de postes mieux rémunérés et avec de meilleures conditions de travail que dans leur pays d'origine.

Si certains pays connaissent des excédents de main-d'œuvre et d'autres des pénuries, les migrations internationales de professionnels de la santé peuvent apporter des gains d'efficacité à l'échelle mondiale comme au plan individuel. Par ailleurs, si le coût de la formation est au moins en partie financé par l'étudiant, la perte sociale pour le pays d'origine est limitée. Dans ce contexte, les migrations internationales de professionnels de la santé pourraient offrir une opportunité pour le pays d'origine comme pour le pays d'accueil, de même que pour les migrants eux-mêmes. Toutefois, il est peu probable que

cette solution soit durable dans le cas des pays en développement dans la mesure où la demande de soins va également augmenter avec le développement économique de ces pays.

Lorsqu'il n'y a pas d'excédent de main-d'œuvre, l'émigration peut toujours avoir des avantages pour les migrants eux-mêmes et pour le pays d'accueil qui manque de personnel. Mais, si la formation est financée sur les deniers publics, la migration est susceptible de générer des gains sans contrepartie, ce qui pose des problèmes d'efficience à l'échelon mondial, moins d'efforts étant consacrés à l'éducation et à la formation. Le fait de restreindre le droit à l'émigration pose des problèmes d'équité : les individus ont le droit de chercher des opportunités à l'étranger. Néanmoins, les pays de l'OCDE partagent les inquiétudes des pays d'origine quant aux risques de pénuries mondiales et de fuite des cerveaux, en particulier lorsque le problème affecte des petits états dans lesquels la densité de professionnels de santé est faible au départ.

Les objectifs suivants sont indissociables : moins dépendre de l'immigration, en s'attaquant aux déséquilibres structurels des pays de l'OCDE et améliorer la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé ainsi que la répartition et le déploiement de la main-d'œuvre. Il est également nécessaire d'appréhender les problèmes éthiques que pose le recrutement de professionnels de la santé originaires de pays pauvres. Dans les pays de l'OCDE, les programmes d'aide et de coopération internationale portent une attention croissante à ce problème dans le contexte de leur engagement en faveur d'une politique de santé pour tous. De plus, les pays d'origine comme les pays de destination continuent également à discuter des recrutements éthiques, bien que leur capacité à influencer les flux migratoires et le niveau des recrutements internationaux soient probablement limités. Sauf si l'on renforce les systèmes de santé des pays d'origine en améliorant les conditions de travail dans ces pays, ce qui contribuerait au maintien des travailleurs dans la profession et dans le pays, les pratiques visant à tenter de bloquer les sorties de migrants sont probablement vouées à l'échec.

Si tant est que l'immigration et l'émigration des professionnels de la santé se poursuivent, il n'est pas certain que toutes ces politiques s'additionneront d'un pays à l'autre. Les pénuries, mais aussi les excédents, de professionnels de santé peuvent s'exporter d'un pays à l'autre. C'est pourquoi, compte tenu de l'incertitude quant aux migrations, une meilleure communication internationale est requise sur la gestion et la planification des effectifs de personnels de santé. En outre, il est souhaitable de poursuivre les efforts pour améliorer la disponibilité et la comparabilité des données sur les migrations internationales de travailleurs de la santé. Non seulement cela aidera à diagnostiquer les déséquilibres potentiels entre l'offre et la demande de travailleurs de la santé sur le marché mondial mais cela améliorera les perspectives de coordination internationale.

Références

- AACN – American Association of College of Nursing (2005), « With Enrollment Rising for the 5th Consecutive Year, US Nursing Schools Turn Away 30,000 Qualified Applicants », disponible sur www.aacn.nche.edu/Media/NewsReleases/2005/enrl05.htm.
- AAMC – Association of American Medical Colleges (2006), *AAMC Statement on the Physician Workforce*.
- Adams, R.H. (2006), « International Remittances and the Household: Analysis and Review of Global Evidence », *Journal of African Economies*, vol. 15, supplément n° 2, pp. 396-425.
- AHA – American Hospital Association (2007), *AHA Survey of Hospital Leaders*.
- Aiken, L.H. et R. Cheung (2008), « Health Workforce and International Migration: A Case Study on Nurses in the United States », Document de travail de l'OCDE sur la santé, à paraître, OCDE, Paris.
- Aiken, L.H. et C.F. Mullinix (1987), « The Nurse Shortage: Myth or Reality? », *New England Journal of Medicine*, vol. 317, n° 10, pp. 641-646.
- Aiken, L.H. et al. (2001), « Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries », *Health Affairs*, mai/juin, pp. 43-52.
- Allan, H. et J. Larsen (2003), « We Need Respect : Experiences of Internationally Recruited Nurses in the UK », document présenté au Royal College of Nursing.
- Antonazzo, E. et al. (2003), « The Labour Market for Nursing: A Review of the Labour Supply Literature », *Health Economics*, vol. 12, pp. 465-478.
- Awases, M. et al. (2005), « Migration of Health Professionals in Six Countries: A Synthesis Report », Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
- Bach, S. (2003), « International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues », Document de travail n° 209, OIT, Genève.
- Banque mondiale (2006), *Close to Home: The Development Impact of Remittances in Latin America*, Washington.
- Barer, M.L. et G.L. Stoddart (1991), « Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada », document préparé pour la Federal/Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health.
- Beine, M., F. Docquier et H. Rapoport (2007), « Brain Drain and Human Capital Formation in Developing Countries: Winners and Losers », *The Economic Journal*, vol. 118, n° 528, pp. 631-652, avril.
- Bessiere, S. et al. (2004), « La démographie médicale à l'horizon 2025 », *Études et Résultats*, n° 352, DREES, Paris, novembre.
- Bhagwati, J.N. (dir. pub.) (1976), *The Brain Drain and Taxation – Theory and Empirical Analysis*, Amsterdam, North-Holland, pp. xi-292.
- Bhagwati, J.N. et M. Partington (dir. pub.) (1976), *Taxing the Brain Drain – A Proposal*, Amsterdam, North-Holland, pp. xiii-222.
- BIT – Bureau international du travail (2006), *Merchant of Labour*, C. Kuptsch (dir. pub.), BIT, Genève.
- Bloor, K. et al. (2006), « Do We Need More Doctors? », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 99, pp. 281-287, juin.
- Bosanquet, N. et al. (2006), « Staffing and Human Resources in the NHS – Facing up the Reform Agenda », Reform Thinktank, Londres.
- Bourgueil, Y., J. Mousques et A. Tajahmadi (2006), « Improving the Geographical Distribution of Health Professionals: What the Literature Tell Us », *Questions d'Économie de la Santé*, n° 116, IRDES, Paris.

- Brush, B., J. Sochalski et A. Berger (2004), « Imported Care: Recruiting Foreign Nurses to the US Health Care Facilities », *Health Affairs*, vol. 23, n° 3, pp. 78-87.
- Buchan, J. (2004), « Here to Stay? International Nurses in the UK », document préparé pour le Royal College of Nursing, disponible sur www.rcn.org.uk/publications/pdf/heretostay-irns.pdf.
- Buchan, J. (2007), « Health Worker Migration in Europe: Assessing the Policy Options », *Eurohealth*, vol. 13, n° 1, pp. 6-8.
- Buchan, J. (2008), « Health Workforce and International Migration: A Case Study on the United Kingdom », Document de travail de l'OCDE sur la santé, à paraître, OCDE, Paris.
- Buchan, J. et L. Calman (2004), « Skill Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 17, OCDE, Paris.
- Buchan, J., R. Jobanpura et P. Gough (2005), « Should I Stay or Should I Go? », *Nursing Standard*, vol. 19, n° 36, pp. 14-16.
- Buerhaus, P.I., D.O. Staiger et D.I. Auerbach (2003), « Is the Current Shortage of Hospital Nurses Ending? », *Health Affairs*, vol. 22, n° 6, pp. 191-198.
- Butler, C. et J. Eversley (2005), *More than You Think: Refugee Doctors in London, their Numbers and Success in Getting Jobs*, Refugee Doctor Programme Évaluation Network, Londres.
- Camerino, D. (2006), « Factors Influencing Turnover among Italian Qualified Nurses », présentation au 28th International Congress on Occupational Health, Milan, 11-16 juin 2006, disponible sur www.next.uni-wuppertal.de/download/conway2006b.pdf.
- Camerino, D. et al. (2006), « Low-perceived Work Ability, Ageing and Intention to Leave Nursing: A Comparison among Ten European Countries », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 56, n° 5, pp. 542-552, décembre.
- Cash, R. et P. Ulmann (2008), « Migration des professionnels de santé : le cas de la France », Document de travail de l'OCDE sur la santé, à paraître, OCDE, Paris.
- Chaloff, J. (2008), « Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy », Document de travail de l'OCDE sur la santé, à paraître, OCDE, Paris.
- Chan, B. (2002), *From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada's Physician Workforce in the 1990s?*, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
- Chappell, D. et V. Di Martino (1999), « Violence at Work », *Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety*, vol. 6, n° 1.
- Chiha, Y.A. et C.R. Link (2003), « The Shortage of Registered Nurses and Some New Estimates of the Effects of Wages on Registered Nurses Labour Supply: A Look at the Past and a Preview of the 21st Century », *Health Policy*, vol. 64, pp. 349-375.
- COGME – Council of Graduate Medical Education (2005), *Physician Workforce Policy Guidelines for the United States*, 16e rapport, 2000-2010.
- COMON – Coalition of Michigan Organizations of Nursing (2006), « The Nursing Agenda for Michigan: 2005-2010: Actions to Advert a Crisis », COMON, disponible sur www.michigancenterfornursing.org/mimages/NAText06.pdf.
- Connell, J. et B. Stilwell (2006), « Recruiting Agencies in the Global Health Care Chain », in C. Kuptsch (dir. pub.), *Merchant of Labour*, OIT, Genève.
- Cooper, R. (2008), « The US Physician Workforce: Where Do We Stand? », Document de travail de l'OCDE sur la santé, à paraître, OCDE, Paris.
- Cooper, R. et al. (2002), « Demographic Trends Signal an Impending Physician Shortage », *Health Affairs*, vol. 21, n° 1, pp. 140-154.
- Dalphond, D. et al. (2000), « Violence against Emergency Nurses », *Journal of Emergency Nursing*, vol. 26, pp. 105-109.
- Dauphinee, D. (2006), « The Circle Game: Understanding Physician Migration Patterns within Canada », *Academic Medicine*, vol. 81, supplément n° 12, pp. 49-54.
- Department of Health (2004), « Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals », Londres.
- Department of Health and Children (2002), « The Nursing and Midwifery Resource: Final Report of the Steering Group: Towards Workforce Planning », Dublin.

- DFID – Department for International Development (2007), *Moving out of Poverty – Making Migration Work Better for Poor People*, Londres.
- Dobson, J. et J. Salt (2006), « Foreign Recruitment in Health and Social Care: Recent Experience Reviewed », *International Journal of Migration, Health and Social Leave*, vol. 2, n° 3/4, pp. 41-57.
- Docteur, E. et H. Oxley (2004), « Health-care Systems: Lessons from the Reform Experience », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 9, OCDE, Paris.
- Doyle, N., G. Hughes et E. Wadensjo (2006), *Freedom of Movement for Workers from Central and Eastern Europe*, Institut suédois d'études politiques européennes (SIEPS), Stockholm.
- Dumont, J.C. et J.B. Meyer (2004), « La mobilité internationale des professionnels de la santé : évaluation et enjeux à partir du cas sud-africain », *Tendances des migrations internationales*, SOPEMI 2003, OCDE, Paris.
- Dumont, J.C. et P. Zurn (2007), « Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations des travailleurs hautement qualifiés », *Perspectives des migrations internationales*, partie III, OCDE, Paris, pp. 172-244.
- Dumont, J.C. et P. Zurn (2008), « Health Workforce and International Migration: A Case Study on Canada », Document de travail de l'OCDE sur la santé, OCDE, Paris.
- Dumont, J.C., J.P. Martin et G. Spielvogel (2007), « Women on the Move: The Neglected Gender Dimension of the Brain Drain », IZA Discussion Paper, n° 2920, Bonn.
- Ebihara, S. (2007), « More Doctors Needed Before Boosting Clinical Research in Japan », *The Lancet*, vol. 369, n° 9579, p. 2076.
- Expert Panel on Health Professional Human Resources (2001), « Shaping Ontario's Physician Workforce », Ontario Minister of Health and Long-Term Care.
- Farrell, G.A. (1999), « Aggression in Clinical Settings: Nurses' Views – A Follow-up Study », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29, pp. 532-541.
- Fisher, E.S. et al. (2003), « The Implications of Regional Variations in Medicare Spending », Part 1: The Content, Quality and Accessibility of Care, *Annals of Internal Medicine*, 18 février, vol. 138, n° 4, pp. 273-287.
- FMI – Fonds monétaire international (2007), « Perspectives de l'économie mondiale », *Effets de contagion et cycles économiques mondiaux*, chapitre 5, Fond monétaire international, Washington, DC.
- Galvin, R. (2007), « Pay-for-Performance: Too Much of A Good Thing? A Conversation with Martin Roland », *Health Affairs*, vol. 25, pp. w412-w419.
- Goodman, D. (2004), « Do We Need More Physicians? The Answer Is to be Found in a Reexamination of Physician Productivity », *Health Affairs*, Web Exclusive, W4-67.
- Goodman, D.C. et al. (2001), « Are Neonatal Intensive Care Resources Located According to Need? Regional Variation in Neonatologists, Beds, and Low Birth Weight Newborns », *Pediatrics*, vol. 108, n° 2, pp. 426-431.
- Gravelle, H. et M. Sutton (2001), « Inequality in the Geographical Distribution of GPs in England and Wales 1974-1995 », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 6, n° 1, pp. 6-13.
- Gupta, N. et al. (2003), « Assessing Human Resources for Health: What Can Be Learned from Labour Force Surveys? », *Human Resources for Health*, vol. 1, n° 5, disponible sur www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=179883&blobtype=pdf.
- Hasselhorn, H.M., B.H. Muller et G.P. Tackenberg (2005), *NEXT Scientific Report*, University of Wuppertal, Wuppertal.
- Hasselhorn, H.M., G.P. Tackenberg et A. Buescher (2006), « Work and Health of Nurses in Europe: Results from the NEXT-Study », University of Wuppertal, Wuppertal.
- Hawthorne, L. (2006), *Résultats sur le marché du travail des professionnels immigrants: Comparaison entre le Canada et l'Australie*, Citoyenneté et Immigration Canada, Ottawa.
- Hawthorne, L., G. Hawthorne et B. Crotty (2006), *The Registration and Training Status of Overseas Trained Doctors in Australia*, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Melbourne.
- Hildebrandt, N. et D. McKenzie (2005), « The Effects of Migration on Child Health in Mexico », Policy Research Working Paper Series, n° 3573, Banque mondiale et Université du Nevada, Department of Resource Economics, Reno.

- Home Office (2008), *Accession Monitoring Report*, mai 2004-décembre 2007.
- Hooker, S. (2006), « Physician Assistants and Nurse Practitioners: The United States Experience », *The Medical Journal of Australia*, vol. 185, n° 1, pp. 4-7.
- House of Commons (2007), « Health Committee: Workforce Planning: Fourth Report of Session 2006-7 », The Stationary Office, Londres.
- HRSA (2004), *What is Behind HRSA's Projected Supply, Demand and Shortage of Registered Nurses?*, Health Resources and Services Administration, Rockville, septembre.
- Igushi, Y. (2006), *Growing Mismatches of Health Professionals in Japan*, Kwansei Gakuin University.
- Janus, K. et al. (2007), « German Physicians on Strike – Shedding Light on the Roots of Physician Dissatisfaction », *Health Policy*, vol. 82, pp. 357-365.
- Joint Learning Initiative (2004), *Human Resources for Health – Overcoming the Crisis*, Cambridge.
- Joyce, C. et al. (2007), « Riding the Wave: Current and Emerging Trends in Graduates from Australian University Medical Schools », *Medical Journal of Australia*, vol. 186, pp. 309-312.
- Kaczmarczyk, P. (2006), « Highly Skilled Migration from Poland and Other OECD Countries – Myths and Reality », *Reports and Analyses*, vol. 17/06, Center for International Relations, Varsovie.
- Kangasniemia, M., L.A. Winters et S. Commander (2007), « Is the Medical Brain Drain Beneficial? Evidence from Overseas Doctors in the UK », *Social Science & Medicine*, vol. 65, pp. 915-923.
- Kinley, H.C. et al. (2001), « Extended Scope of Nursing Practice: A Multicentre Randomised Controlled Trial of Appropriately Trained Nurses and Preregistration House Officers in Pre-operative Assessment in Elective General Surgery », *Health Technology Assessment*, Londres.
- Kolars, J. (2001), « Forecasting Physician Supply and Demand », *Medical Education*, vol. 35, n° 5, pp. 424-425.
- LaBonte, R., C. Packer et N. Klassen (2006), « Managing Health Professional Migration from Sub-Saharan Africa to Canada: A Stakeholder Inquiry into Policy Options », *Human Resources for Health*, vol. 4, n° 22.
- Laleman, G., G. Kegels, B. Marchal, D. Van der Roost, I. Bogaert et W. Van Damme (2007), « The Contribution of International Health Volunteers to the Health Workforce in Sub-Saharan Africa », *Human Resources for Health*, vol. 5, n° 19.
- Leggat, S.G. (2007), « Effective Healthcare Teams Require Effective Team Members: Defining Teamwork Competencies », *BMC Health Service Research*, vol. 7, n° 17, disponible sur www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1800844#B3.
- Lennon, B. (2005), « Medical Workforce Expansion in Australia – Commitment and Capacity », 9th Medical Workforce Collaborative Conference.
- Mahal, A. et M. Mohanan (2006), « Medical Education in India: Implications for Quality and Access to Care », *Journal of Educational Planning and Administration*, vol. 20, n° 4, pp. 173-184.
- Mahoney, R. et al. (2004), « Shortage Specialties: Changes in Career Intentions from Medical Student to Newly Qualified Doctor », *Medical Teacher*, vol. 26, n° 7, pp. 650-654, novembre.
- Martin, J. (2007), « Éditorial – Fuite des cerveaux dans le secteur de la santé : mythes et réalité », *Tendances des migrations internationales*, SOPEMI 2007, OCDE, Paris.
- Martineau, T. et A. Willetts (2006), « The Health Workforce: Managing the Crisis Ethical International Recruitment of Health Professionals: Will Codes of Practice Protect Developing Country Health Systems? », *Health Policy*, vol. 75.
- Maybud, S. et C. Wiskow (2006), « Care Trade: The International Brokering of Health Care Professionals », in C. Kuptsch (dir. pub.), *Merchant of labour*, OIT, Genève.
- Maynard, A. (2006), « Medical Workforce Planning: Some Forecasting Challenges », *The Australian Economic Review*, vol. 39, n° 3, pp. 323-329.
- Mcintosh, T., R. Torgeson et N. Klassen (2007), « The Ethical Recruitment of Internationally Educated Health Professionals: Lessons from Abroad and Options for Canada », CPRN Research Report H/11, Health Network.
- Mensah, K., M. MacKintosh et L. Henry (2005), *The « Skills Drain » of Health Professionals from the Developing World: A Framework for Policy Formulation*, Medact, Londres.
- Minore, B. et al. (2005), « The Effects of Nursing Turnover on Continuity of Care in Isolated First Nation Communities », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 37, n° 1, pp. 86-100.

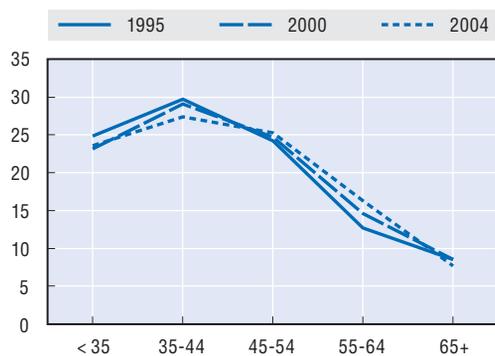
- NAO – National Audit Office (2007), *Pay Modernisation: A New Contract for NHS Consultants in England*, NAO, 19 avril.
- Needleman, J. et al. (2002), « Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals », *The New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° 22, pp. 1715-1722.
- Nursing Council New Zealand (2006), *Workforce Statistics Update*, Nursing Council New Zealand, Wellington.
- Nyonator, F. et D. Dovlo (2005), « The Health of the Nation and the Brain Drain in the Health Sector », in T. Manuh (dir. pub.), *At Home in the World? International Migration and Development in Contemporary Ghana and West Africa*, Accra, Sub-Saharan Publishers, p. 229.
- NZHIS – New Zealand Health Information Service (2002), *New Zealand Nurses and Midwives 2000*, NZHIS, Wellington.
- O'Brien-Pallas, L. et al. (2006), « The Impact of Nurse Turnover on Patient, Nurse, and System Outcomes: A Pilot Study and Focus for a Multicenter International Study », *Policy, Politics and Nursing Practice*, vol. 7, pp. 169-179.
- OCDE (2003), *Pauvreté et santé – Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD*, OCDE, Paris.
- OCDE (2004), *Vers de systèmes de santé plus performants*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005a), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Finlande*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005b), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2006a), « The Supply of Physician Services in OECD countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 21, OCDE, Paris.
- OCDE (2006b), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What Are the Main Drivers? », Document de travail du Département des affaires économiques, n° 477, OCDE, Paris.
- OCDE (2007a), *Perspectives des migrations internationales*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007b), *Panorama de la santé*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007c), *Panorama des régions*, OCDE, Paris.
- O'Connell, B. et al. (2000), « Nurses' Perceptions of the Nature and Frequency of Aggression in General Ward Settings and High Dependency Areas », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 9, pp. 602-610.
- Omeri, A. (2006), « Workplace Practice with Mental Health Implications Impacts on Recruitment and Retention of Overseas Nurse in the Context of Nursing Shortage », *Contemporary Nurse*, vol. 21, n° 1.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2006), *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*, OMS, Genève.
- Ordre national des médecins (2006), *Étude de la problématique des PADHUE*, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins le 28 avril 2006, Dr Xavier Deau, président de la Section formation et compétences médicales, disponible sur www.web.ordre.medecin.fr/rapport/padhue2006.pdf.
- Ormanczyk, M.E., C.M. Naftalin, A.C. Kydd et R.F. Cooper (2002), « Will More Women Choose a Surgical Career when Working Hours are Reduced? », *Bulletin of The Royal College of Surgeons of England*, vol. 84, n° 8, pp. 264-268, septembre.
- Paragona (2006), « Polish Doctors to Work in the Royal Danish Armed Forces », Communiqué de presse, 5 mai.
- Peterson, C.A. (2001), « Nursing Shortage: Not a Simple Problem – No Easy Answers », *Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 6, n° 1.
- Reitz, J.G. (2001), « Immigrant Skill Utilization in the Canadian Labour Market: Implications of Human Capital Research », *Journal of International Migration and Integration*, vol. 2, pp. 347-378.
- Schofield, J. (2007), « Replacing the Projected Retiring baby-boomer Nursing Cohort 2001-2026 », *BMC Health Service Research*, 7:87, disponible sur www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1906767&blobtype=pdf.
- Secrétariat du Commonwealth (2003), *The Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*, Londres.
- Secretary of State for Health (2000), *The NHS Plan: A Plan for Investment. A Plan for Reform*, HMSO, Londres.

- Shamian, J. et al. (2003), « Nurse Absenteeism, Stress and Workplace Injury: What Are the Contributing Factors and What Can/Should Be Done about It? », *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 23, pp. 81-103.
- Shield, M. (2004), « Addressing Nurse Shortages: What Can Policy Makers Learn from the Econometric Evidence on Nurse Labour Supply? », *The Economic Journal*, vol. 114, pp. F464-F498, novembre.
- Simoens, S. et J. Hurst (2006), « The Supply of Physician Services in OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 21, OCDE, Paris.
- Simoens, S., M. Villeneuve et J. Hurst (2005), « Tackling Nurse Shortages in OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 19, OCDE, Paris.
- Stark, O. (2004), « Rethinking the Brain Drain », *World Development*, vol. 32, n° 1, pp. 15-22.
- Tyson, S. (2007), « Human Resources for Health – Ignorance-based Policy Trends », DFID, présentation à l'Université du Sussex, « Human Resources for Health and Migration: Mobility, Training and the Global Supply of Health Workers », 16-14 mai.
- USDHHS – US Department of Health and Human Services (2006), *Registered Nurse Population: Findings from the March 2004 National Sample Survey of Registered Nurses*, Washington, DC.
- Von Zweck, C. et P. Burnett (2006), « The Acculturation of Internationally Educated Health Professionals in Canada », *Occupational Therapy Now*, vol. 8, n° 3, pp. 22-25, mai.
- Vujicic, M. et al. (2004), « The Role of Wages in the Migration of Health Care Professionals from Developing Countries », *Human Resources for Health*, vol. 2, n° 3.
- Wagner, S. et al. (2002), « A Catalogue of Current Strategies for Healthy Workplaces », Report commissioned for the Canadian Nursing Advisory Committee, Ottawa.
- Wanless, D. (2002), « Securing our Future Health. Taking a Long Term View », Rapport final, H.M. Treasury, Londres.
- Watson, D.E et al. (2004), « Family Physician Workloads and Access to Care in Winnipeg: 1991-2001 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, n° 4, 17 août.
- Weiner, J. (2005), « Prepaid Group Practice Staffing and US Physician Supply: Lessons for Workforce Policy. What Can We Learn from Examining the Staffing Levels of Some of the Country's Largest Organized Delivery Systems? », *Health Affairs*, Web Exclusive, pp. W 4.43-59.
- Weiner, J.P. (2007), « Expanding the US Medical Workforce: Global Perspectives and Parallels », *British Medical Journal*, vol. 335, pp. 236-239.
- Wennberg, J.E. et M.M. Cooper (eds.) (1998), *The Dartmouth Atlas of Health Care 1998*, American Health Association Press, Chicago.
- West, M.A. et al. (2002), « The Link between the Management of Employees and Patient Mortality in Acute Hospitals », *International Journal of Human Resource Management*, vol. 13, n° 8, pp. 1299-1310.
- Wiskow, C. (2006), « Health Worker Migration Flows in Europe: Overview and Case Studies in Selected CEE Countries (Romania, the Czech Republic, Serbia and Croatia) », Document de travail n° 45, OIT, Genève.
- Young, R. et B. Leese (1999), « Recruitment and Retention of General Practitioners in the UK: What Are the Problems and Solutions? », *British Journal of General Practice*, vol. 49, pp. 829-833.
- Zurn, P. et J.C. Dumont (2008), « Health Workforce and International Migration: Can New Zealand Compete? », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 34, OCDE, Paris.
- Zurn, P., C. Dolea et B. Stilwell (2005), « Nurse Retention and Recruitment: Developing a Motivated Workforce », Document n° 4, Conseil international des infirmiers, Genève.

ANNEXE A

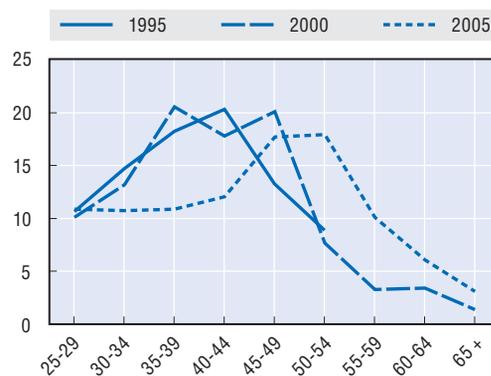
Structure par âge des médecins et infirmiers dans une sélection de pays de l'OCDE, 1995, 2000 et 2005

Australie, médecins en activité, 1995, 2000 et 2004



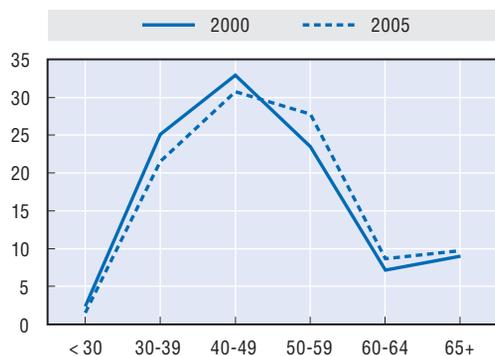
Source : Australian Institute of Health and Welfare.

Belgique, professionnels de la santé, 1995, 2000 et 2005



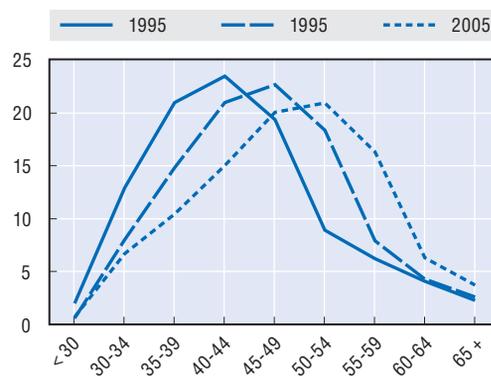
Source : Enquête sur les forces de travail de l'Union européenne (données fournies par Eurostat).

Canada, médecins inscrits sur les registres, 2000 et 2005



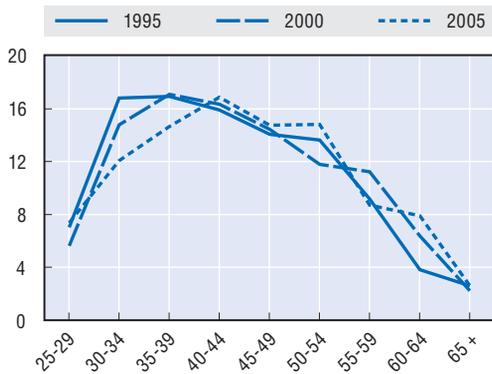
Source : Australian Institute of Health and Welfare.

France, médecins en activité, 1995, 1995 et 2005



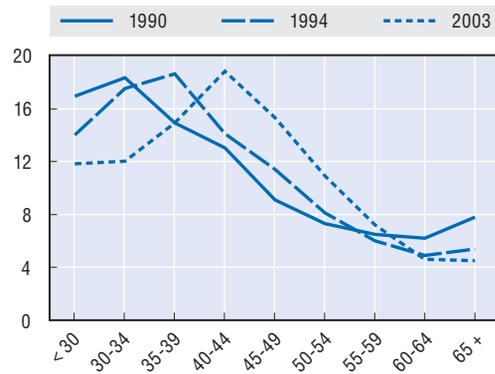
Source : Ministère de la Santé et des Solidarités, DREES.

Allemagne, professionnels de la santé, 1995, 2000 et 2005



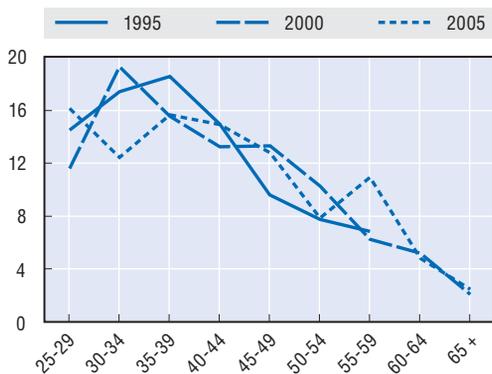
Source : Enquête sur les forces de travail de l'Union européenne (données fournies par Eurostat).

Nouvelle-Zélande, médecins en activité, 1990, 1994 et 2003



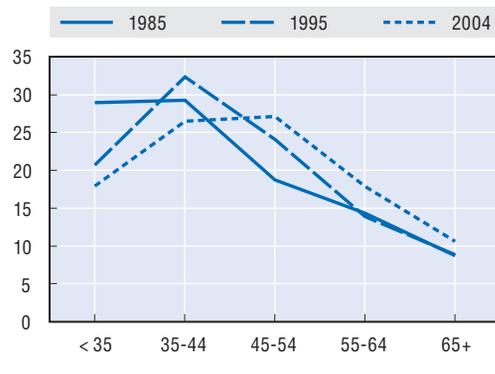
Source : NZHIS.

Royaume-Uni, professionnels de la santé, 1995, 2000 et 2005



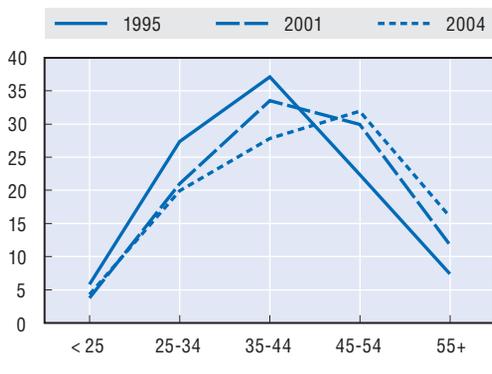
Source : Enquête sur les forces de travail de l'Union européenne (données fournies par Eurostat).

États-Unis, médecins en activité, 1985, 1995 et 2004



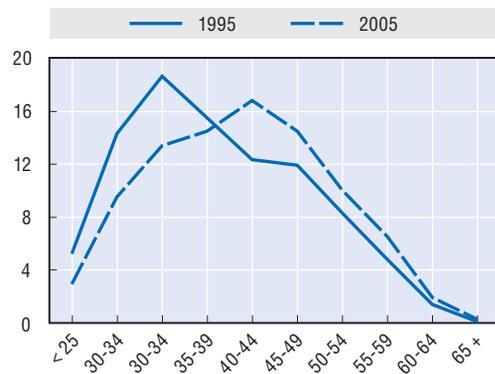
Source : American Medical Association.

Australie, infirmiers en exercice, inscrits sur les registres, 1995, 2001 et 2004



Source : Australian Institute of Health and Welfare.

Angleterre, infirmiers, sages-femmes et accompagnants qualifiés, 1995 et 2005



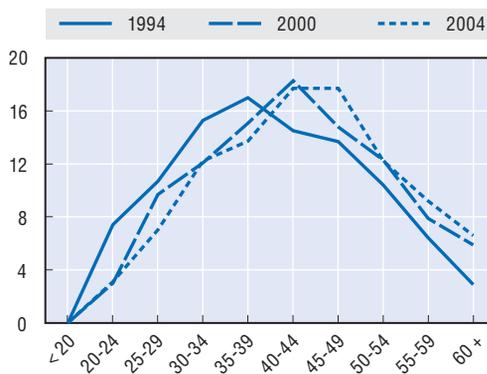
Source : NHS Information Centre.

France, infirmiers en exercice,
2001 et 2005



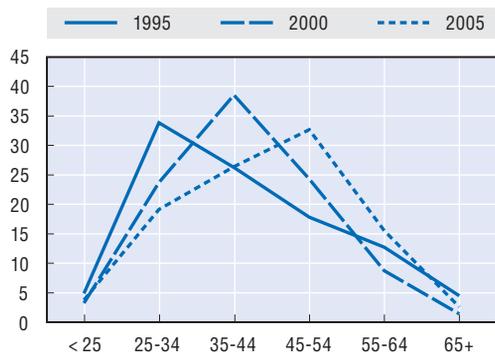
Source : Ministère de la Santé et des Solidarités, DREES.

Nouvelle-Zélande, infirmiers et sages-femmes inscrits
sur les registres, 1994, 2000 et 2004



Source : NZHIS.

États-Unis, infirmiers inscrits sur les registres,
1995, 2000 and 2005



Source : National Sample Survey Registered Nurses, NSSRN and current population survey.

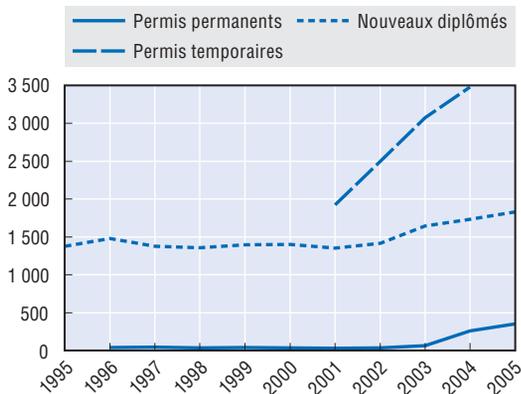
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/450068435147>

ANNEXE B

Évolution du nombre de diplômés des écoles de médecine et d'infirmiers et du nombre de médecins et d'infirmiers immigrés dans une sélection de pays de l'OCDE, 1995-2005

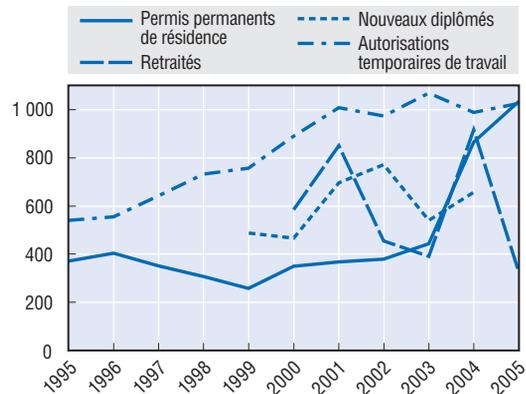
Graphique B.1. **Évolution du nombre de diplômés des écoles de médecine et du nombre de médecins immigrés**

Australie, évolution des entrées de médecins formés à l'étranger et des diplômés des écoles de médecine, 1995-2005



Source : Permis de résidence permanent : Skill Stream – Demandeurs principaux uniquement ; permis de travail : visa sous-catégorie 422 et 457 ; Eco-Santé OCDE 2007.

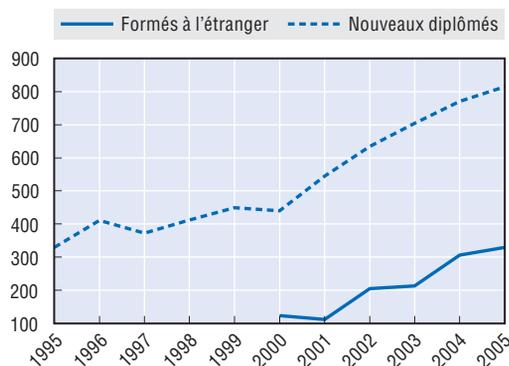
Canada, évolution des entrées de médecins formés à l'étranger et des diplômés des écoles de médecine, 1995-2005



Source : Citoyenneté et Immigration Canada, Faits et chiffres 2005. Permis de résidence permanente : résidents permanents déclarés dans la catégorie « personnels de santé » (non compris les personnes accompagnantes) ; autorisations temporaires de travail : flux annuels de travailleurs étrangers et Eco-Santé OCDE 2007.

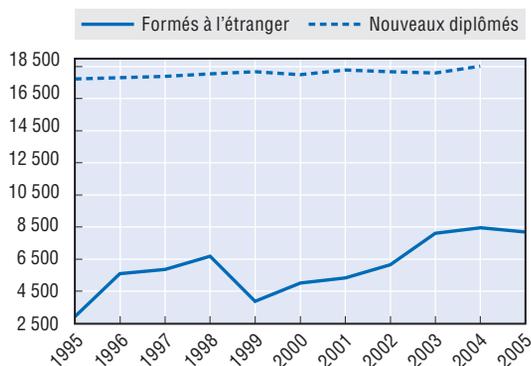
Graphique B.1. Évolution du nombre de diplômés des écoles de médecine et du nombre de médecins immigrés (suite)

Danemark, évolution des entrées de médecins formés à l'étranger et des diplômés des écoles de médecine, 1995-2005



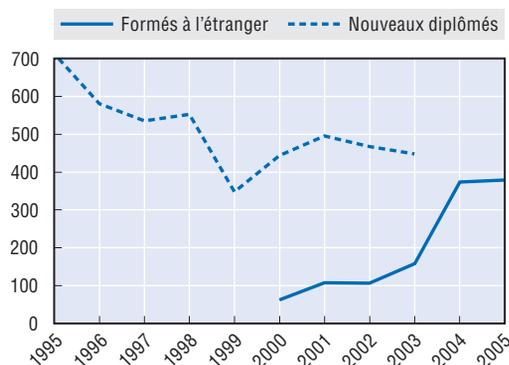
Source : Registre d'agrément du National Board of Health et Eco-Santé OCDE 2007.

États-Unis, évolution des entrées de médecins formés à l'étranger et des diplômés des écoles de médecine, 1995-2005



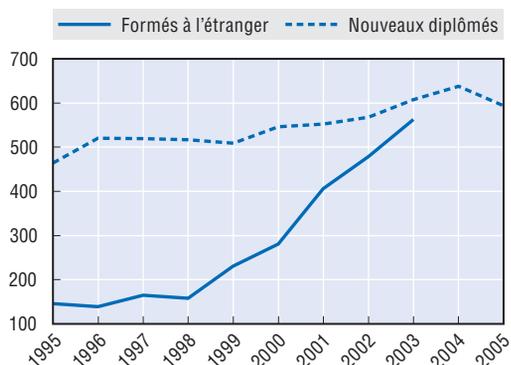
Source : MD Physicians completing USMLE step 3 et Eco-Santé OCDE 2007.

Finlande, évolution des entrées de médecins formés à l'étranger et des diplômés des écoles de médecine, 1995-2005



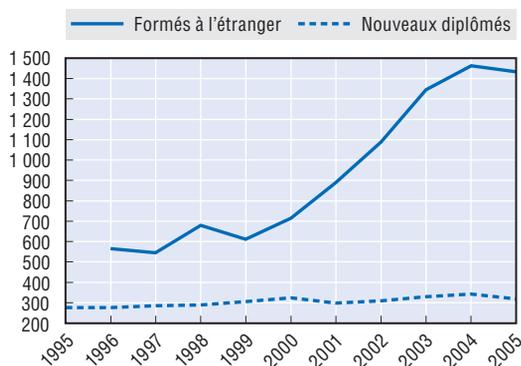
Source : National Authority for Medicolegal Affairs et Eco-Santé OCDE 2007.

Irlande, évolution des entrées de médecins formés à l'étranger et des diplômés des écoles de médecine, 1995-2005



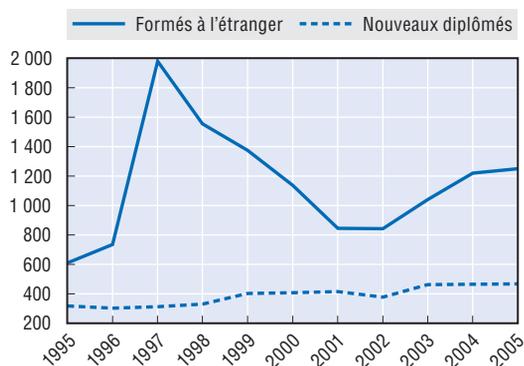
Source : Full Registration Medical Council et Eco-Santé OCDE 2007.

Nouvelle-Zélande, évolution des entrées de médecins formés à l'étranger et des diplômés des écoles de médecine, 1995-2005



Source : Medical Council New Zealand et Eco-Santé OCDE 2007.

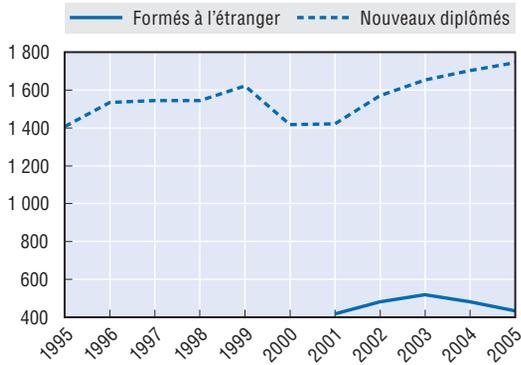
Norvège, évolution des entrées de médecins formés à l'étranger et des diplômés des écoles de médecine, 1995-2005



Source : Statens autorisjonskontor for helsepersonel et Eco-Santé OCDE 2007.

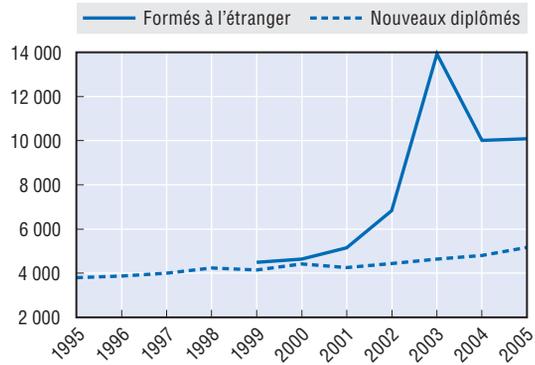
Graphique B.1. Évolution du nombre de diplômés des écoles de médecine et du nombre de médecins immigrés (suite)

Pays-Bas, évolution des entrées de médecins formés à l'étranger et des diplômés des écoles de médecine, 1995-2005



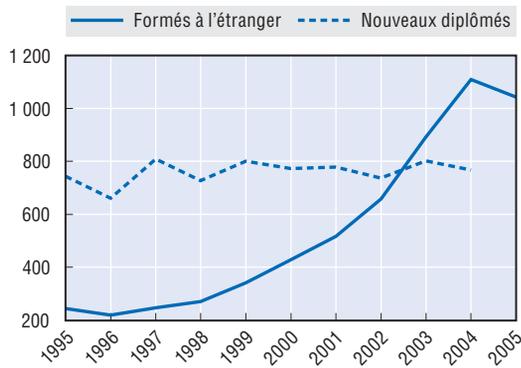
Source : Big Register et Eco-Santé OCDE 2007.

Royaume-Uni, évolution des entrées de médecins formés à l'étranger et des diplômés des écoles de médecine, 1995-2005



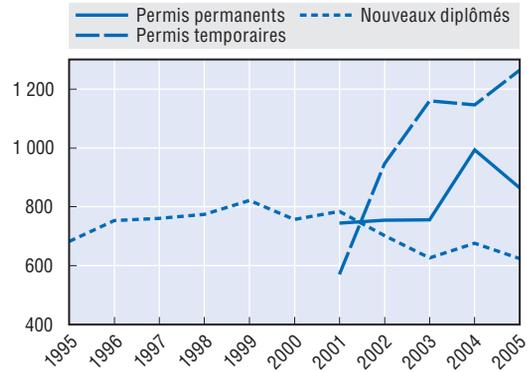
Source : General Medical Council - New full registration et Eco-Santé OCDE 2007.

Suède, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



Source : Office suédois de la santé et de la protection sociale et Eco-Santé OCDE 2007.

Suisse, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005

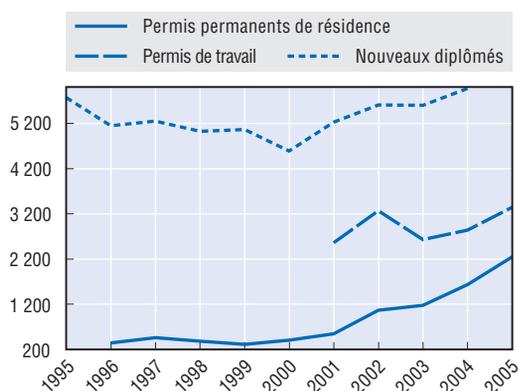


Source : Office fédéral des migrations (OFM) et Eco-Santé OCDE 2007.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/450111587867>

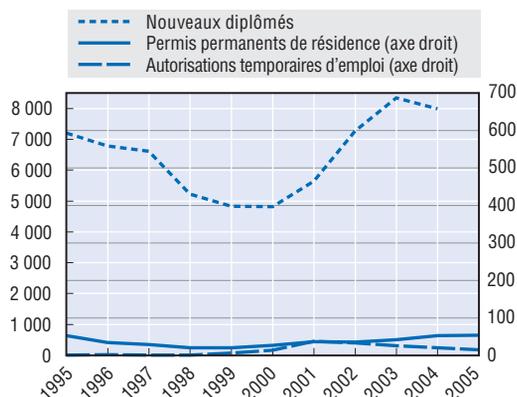
Graphique B.2. Évolution du nombre de diplômés des écoles d'infirmiers et du nombre d'infirmiers immigrés

Australie, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



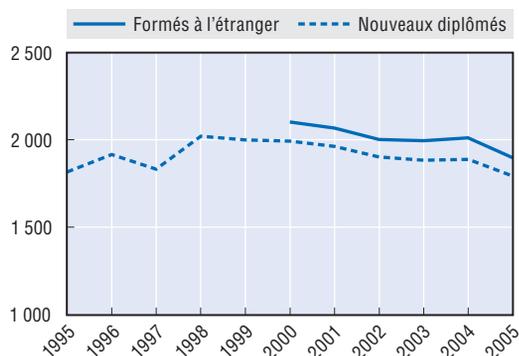
Source : Permis de résidence permanent : Skill Stream – Demandeurs principaux uniquement ; permis de travail : visa sous-catégorie 422 et 457 ; Eco-Santé OCDE 2007.

Canada, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



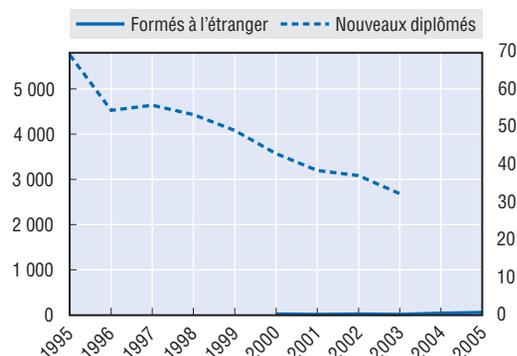
Source : Citoyenneté et Immigration Canada, Faits et chiffres 2005. Permis de résidence permanente : résidents permanents déclarés dans la catégorie « personnels de santé » (non compris les personnes accompagnantes) ; autorisations temporaires de travail : flux annuels de travailleurs étrangers et Eco-Santé OCDE 2007.

Danemark, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



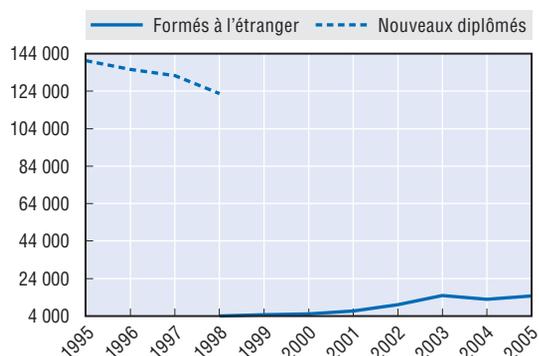
Source : Registre d'agrément du National Board of Health et Eco-Santé OCDE 2007.

Finlande, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



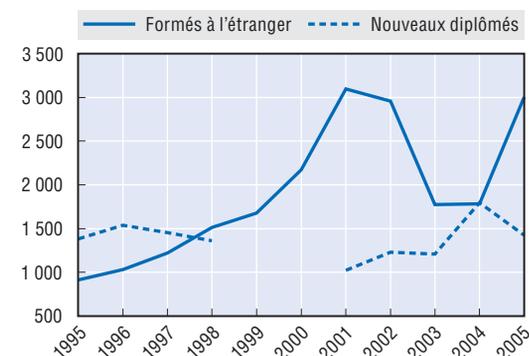
Source : National Authority for Medicolegal Affairs et Eco-Santé OCDE 2007.

États-Unis, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



Source : MD Physicians completing USMLE step 3 et Eco-Santé OCDE 2007.

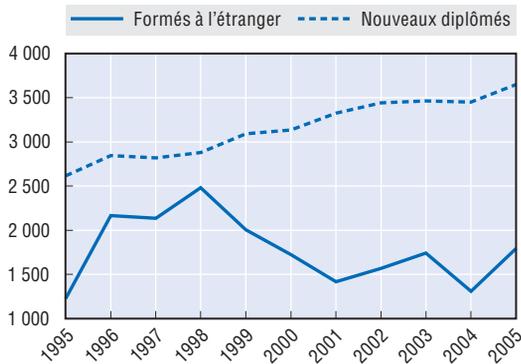
Irlande, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



Source : An bord altranais et Eco-Santé OCDE 2007.

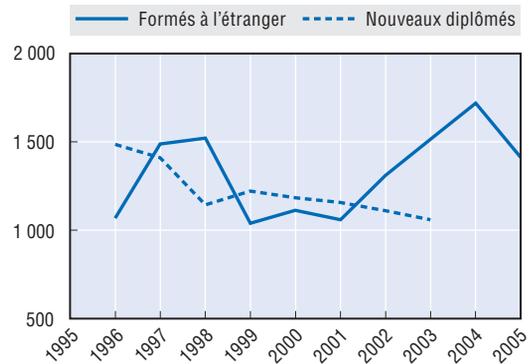
Graphique B.2. Évolution du nombre de diplômés des écoles d'infirmiers et du nombre d'infirmiers immigrés (suite)

Norvège, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



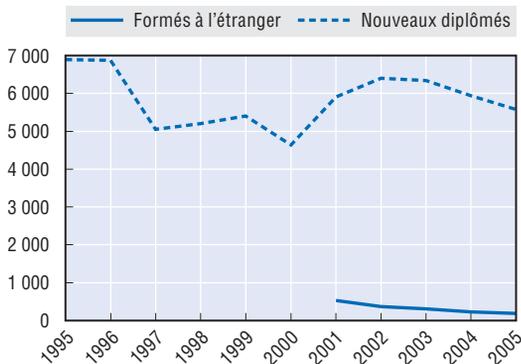
Source : Statens autorisasjonskontor for helspersonel et Eco-Santé OCDE 2007.

Nouvelle-Zélande, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



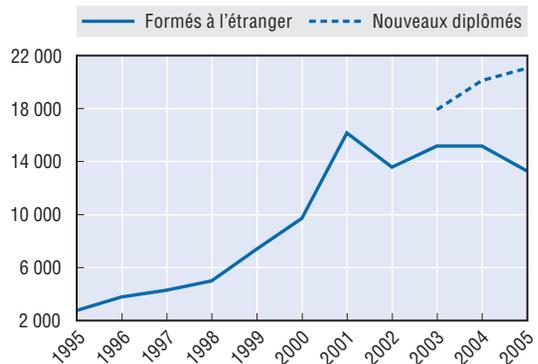
Source : Medical Council New Zealand et Eco-Santé OCDE 2007.

Pays-Bas, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



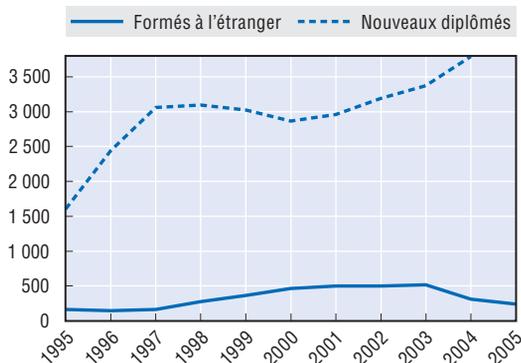
Source : Big Register et Eco-Santé OCDE 2007.

Royaume-Uni, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



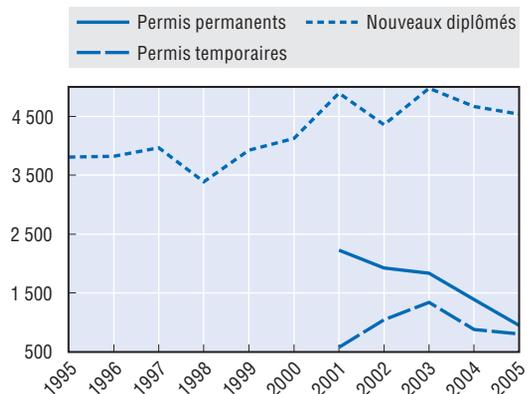
Source : General Medical Council - New full registration et Eco-Santé OCDE 2007.

Suède, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



Source : Office suédois de la santé et de la protection sociale et Eco-Santé OCDE 2007.

Suisse, évolution des entrées d'infirmiers formés à l'étranger et des diplômés des écoles d'infirmiers, 1995-2005



Source : Office fédéral des migrations (OFM) et Eco-Santé OCDE 2007.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/450134206688>

ANNEXE C

*Systèmes de formation des médecins
et des infirmiers dans une sélection
de pays de l'OCDE*

MÉDECINS				INFIRMIERS		
	Limites numériques appliquées à la formation de médecins	Remarques	Récents changements du nombre d'admissions	Limites numériques appliquées à la formation d'infirmiers	Remarques	Récents changements du nombre d'admissions
Allemagne	Oui	Les places sont allouées par le Bureau central pour l'allocation de places dans l'enseignement supérieur selon une procédure établie par les États fédéraux		Non	Les places disponibles dans les écoles d'infirmiers sont déterminées par les États fédéraux	
Australie	Oui	Est sous le contrôle du Commonwealth à travers le financement des places en université	Cinq nouvelles écoles de médecine se sont ouvertes depuis 2000 et sept programmes supplémentaires sont prévus pour 2007	Oui	Les places en école d'infirmiers sont déterminées par les universités mais le Commonwealth contribue au financement et met en place un nombre minimum de places nécessaires pour la formation d'infirmiers	La Loi de soutien à l'enseignement supérieur de 2003 a permis une augmentation significative du nombre de places d'infirmiers
Autriche	Non	Depuis 2003, l'Autriche a une école privée de médecine		Oui	Les États fédéraux déterminent le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmiers	
Belgique	Oui depuis 1997	Le gouvernement fixe le nombre de nouvelles accréditations pour pouvoir pratiquer	A diminué et a atteint le nombre de 600 en 2006 (60 % des étudiants parlent le flamand et 40 % d'entre eux parlent le français)	Non		
Canada	Oui	La formation des médecins est essentiellement sous la responsabilité des provinces		Non	Les gouvernements provinciaux/territoriaux financent les institutions chargées de l'éducation post-secondaire. Les places dans les écoles d'infirmiers sont négociées entre les ministères de la Santé et de l'Éducation.	
Corée	Oui		Six nouvelles écoles en médecine ont été ouvertes dans les années 90 mais les admissions en école de médecine ont été réduites de 10 % en 2007.	Oui	Les places disponibles dans les écoles d'infirmiers sont déterminées par le gouvernement.	
Espagne	Oui	Les ministères de la Santé et de l'Éducation et la Conférence nationale des présidents d'universités décident du plafond		Oui	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmiers est déterminé par les ministères de la Santé et de l'Éducation.	Le nombre de places dans les écoles d'infirmiers est limité à la fin des années 90 à environ 7 000

MÉDECINS				INFIRMIERS		
	Limites numériques appliquées à la formation de médecins	Remarques	Récents changements du nombre d'admissions	Limites numériques appliquées à la formation d'infirmiers	Remarques	Récents changements du nombre d'admissions
États-Unis	Oui	Le gouvernement fédéral des États-Unis n'impose aucune limitation sur les inscriptions en école de médecine, mais les places en internat (financées par Medicare) sont plafonnées. Les États contribuent au financement de la formation du premier cycle universitaire (à travers Medicaid)	Les places en écoles d'allopathie ont été bloquées à leur niveau de 1980 pour plus de deux décennies. Dans la moitié des années 90, quelques écoles en ostéopathie ont été créées plus que dans les années récentes)	Non	Il n'y a aucune autorité centrale qui détermine le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmiers, bien que les décisions des États sur le financement public de la formation des infirmiers ait un impact direct sur les capacités	
France	Oui depuis 1971	Un décret du Premier ministre fixe le nombre du <i>numerus clausus</i> pour l'admission en 2 ^e année universitaire	A augmenté progressivement depuis 1993 et représentait 7 100 étudiants en 2007	Oui	Les quotas d'étudiants sont déterminés à un niveau national.	Le quota est passé de 15 981 en 1997-98 à 30 000 en 2003-04
Grèce	Oui	Le ministère de l'Éducation détermine le nombre de places dans chaque école de médecine en se basant sur les ressources financières disponibles plutôt que sur un modèle d'équilibre offre et demande	Le nombre de nouveaux étudiants entrant en école de médecine s'est récemment stabilisé	Oui	Le ministère de l'Éducation et le Conseil central de la santé déterminent les places dans les écoles publiques d'infirmiers	
Irlande	Non	Il y a un certain nombre de places financées, mais des places peuvent être attribuées en plus à la discrétion des écoles		Oui	Les places disponibles en écoles d'infirmiers sont déterminées par l'Autorité de l'éducation supérieure et financées par le département de la Santé et des Enfants	
Italie	Oui	Le nombre de places pour le diplôme en médecine et chirurgie est déterminé chaque année par un décret du ministère pour les Universités et la Recherche	En 2007, le nombre de places était fixé à 7 858	Oui		
Japon	Oui		Les admissions en école de médecine sont limitées à jusqu'en 2020 (aux alentours de 7 000)	Oui	Les places disponibles en école d'infirmiers sont déterminées conjointement par les préfectures et le gouvernement national	
Mexique	Oui		Le nombre d'écoles de médecine a augmenté de 27 en 1970 à 56 en 1979. Entre 1970 et 1980, le nombre d'inscriptions a plus que triplé mais il a diminué depuis	Non		
Pays-Bas	Oui		En moyenne, 2 500 étudiants sont admis chaque année	Non		
Nouvelle-Zélande	Oui	L'inscription dans les écoles de médecine est plafonnée	Le plafond a été établi à 325 depuis 2004. Il a été relevé deux fois dans les 20 dernières années.	Non		

MÉDECINS				INFIRMIERS		
	Limites numériques appliquées à la formation de médecins	Remarques	Récents changements du nombre d'admissions	Limites numériques appliquées à la formation d'infirmiers	Remarques	Récents changements du nombre d'admissions
Norvège	Oui			Non		
Royaume-Uni	Oui	Le nombre dans les écoles de médecine est contrôlé par le gouvernement à travers le financement des places en universités	Les admissions en école de médecine ont presque doublé de 3 200 en 1990 à plus de 6 000 en 2005-06	Oui	Les places disponibles dans les écoles d'infirmiers sont déterminées en partenariat entre le département de la Santé et les confédérations locales du développement des travailleurs. Les institutions de l'éducation supérieure peuvent attribuer des places supplémentaires pour les étudiants qui financent leurs propres études	
Suède	Oui	Le nombre d'admissions dans les écoles de médecine est contrôlé par le gouvernement central		Oui	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmiers est déterminé par le gouvernement	
Suisse	Oui depuis 1998	Certains cantons ont introduit un <i>numerus clausus</i>		Oui	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmiers est déterminé par les cantons	

Source : Adapté de Simoens et Hurst (2006), Simoens et al. (2005) et Hall et al. (2003).

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2008 14 2 P) ISBN 978-92-64-05077-8 - n° 56370 2008

Études de l'OCDE sur les politiques de santé

Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE

COMMENT RÉPONDRE À LA CRISE IMMINENTE ?

Au cours des vingt prochaines années, les pays de l'OCDE seront confrontés à une demande croissante en médecins et en infirmiers. Cette situation doit être appréhendée dans un environnement international qui est d'ores et déjà caractérisé par des flux migratoires importants que ce soit entre les pays de l'OCDE ou des pays en développement vers la zone OCDE.

Quelles ont été les politiques adoptées par les pays de l'OCDE en matière de ressources humaines et d'immigration ? Dans quelle mesure ces politiques sont-elles liées ? Comment les pays de l'OCDE peuvent-ils se doter d'effectifs viables de personnels de santé ? Quelles sont les conséquences de l'émigration des médecins et des infirmiers pour les pays d'origine ?

Cet ouvrage présente des faits nouveaux sur chacune de ces questions et trace quelques pistes pour la marche à suivre dans l'avenir. Il résulte d'un projet conjointement mené par l'OCDE et l'OMS sur la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et des migrations internationales.

www.oecd.org/health/workforce

Le texte complet de cet ouvrage est disponible en ligne à l'adresse suivante :

www.sourceocde.org/questionssociales/9789264050778

Les utilisateurs ayant accès à tous les ouvrages en ligne de l'OCDE peuvent également y accéder via

www.sourceocde.org/9789264050778

SourceOCDE est une bibliothèque en ligne qui a reçu plusieurs récompenses. Elle contient les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'OCDE. Pour plus d'informations sur ce service ou pour obtenir un accès temporaire gratuit, veuillez contacter votre bibliothécaire ou **SourceOECD@oecd.org**.